



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES*

PARIS, le 25 juin 2010

Rapport concluant les travaux de la mission d'information
sur les missions et l'action
de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Mme Bérengère Poletti, rapporteure

Mme Laurence Dumont, présidente

Document provisoire établi sous la responsabilité du
secrétariat de la commission des affaires sociales

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LA CRÉATION DE LA CNSA, ORGANISME SUI GENERIS, A MARQUÉ UN PROGRÈS ET ACCOMPAGNÉ LA MOBILISATION DE MOYENS ACCRUS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES	11
A. UNE CAISSE AYANT POUR MISSION PREMIÈRE DE SANCTUARISER LES RESSOURCES ISSUES DE LA « JOURNÉE DE SOLIDARITÉ » ET DE RÉPARTIR LES MOYENS FINANCIERS DE MANIÈRE ÉQUITABLE	11
1. La CNSA permet de retracer une part importante des ressources nationales consacrées au soutien à l'autonomie.....	11
<i>a) Des ressources provenant majoritairement de l'Assurance maladie mais aussi notamment de la journée de solidarité</i>	12
<i>b) Une affectation claire de ces moyens garantie par la segmentation du budget de la caisse prévue par la loi</i>	16
2. Elle répartit ces moyens entre les départements et les services déconcentrés avec le souci de promouvoir l'égalité de traitement	21
<i>a) Les moyens destinés au fonctionnement des établissements et services, qui ont permis la mise en œuvre des plans gouvernementaux ambitieux dans le domaine médico-social</i>	21
<i>b) Les concours aux départements au titre des aides individuelles : l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap</i>	24
B. UNE AGENCE EXERÇANT UN RÔLE D'APPUI, D'EXPERTISE ET D'ANIMATION À TRAVERS UNE DÉMARCHE PARTENARIALE AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN	28
1. La CNSA assure une fonction d'accompagnement des opérateurs visant à concilier équité de traitement et proximité de gestion.....	28
<i>a) Une extension progressive des missions de la caisse</i>	28
<i>b) Un important appui au développement et à l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées</i>	30
2. Le rôle d'appui et d'animation de la CNSA est toutefois limité dans certains domaines.....	33
<i>a) Du fait de son insertion dans un dispositif institutionnel complexe</i>	33
<i>b) Du fait de son champ d'action et de son appui plus restreints dans le secteur des personnes âgées</i>	35

C. UN MODE DE GOUVERNANCE ORIGINAL PERMETTANT D'ASSOCIER L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNÉS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE D'AIDE À L'AUTONOMIE.....	38
1. Par sa composition, le conseil de la CNSA est à la fois singulier et pluriel.....	38
a) <i>Ni une caisse de sécurité sociale fondée sur un paritarisme strict</i>	38
b) <i>Ni une agence administrative dans laquelle l'État serait à lui seul majoritaire</i>	39
2. Le Conseil de la CNSA joue un rôle majeur d'information et d'espace public, sinon de véritable « Parlement du médico-social »	40
a) <i>Une double mission de concertation et de décision</i>	40
b) <i>Des inquiétudes récentes sur son fonctionnement et le rôle de l'État</i>	42
II.- LA SOUS-CONSOMMATION PERSISTANTE DES CRÉDITS DE LA CNSA APPARAÎT TOUTEFOIS PRÉOCCUPANTE AU REGARD DES BESOINS DE FINANCEMENT DU SECTEUR	45
A. LA CNSA A DÉGAGÉ D'IMPORTANTES EXCÉDENTS DEPUIS SA CRÉATION	45
1. La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses a représenté au total près de deux milliards d'euros	45
a) <i>Des excédents concentrés sur les établissements et services pour personnes âgées et rendus visibles par la création de la caisse</i>	45
b) <i>Un phénomène, en légère diminution, qui peut apparaître justifié dans une certaine proportion</i>	47
c) <i>... mais suscite une émotion compréhensible au regard de l'importance des crédits et des besoins du secteur médico-social</i>	49
2. Ces réserves ont été réutilisées au bénéfice du secteur médico-social	52
a) <i>Des excédents qui ont permis de soutenir la modernisation et l'investissement des établissements et services médico-sociaux</i>	52
b) <i>... et d'abonder l'objectif global de dépenses au titre du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux</i>	54
3. La restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie au titre de crédits non consommés a toutefois soulevé des questions	55
a) <i>Une diminution de la contribution de l'Assurance maladie, dans un contexte de dégradation des comptes sociaux et de non consommation de crédits</i>	56
b) <i>Un débat qui doit être replacé dans le contexte d'une progression particulièrement volontariste des dépenses d'assurance maladie dédiées au secteur médico-social depuis plusieurs années</i>	58
B. LA SOUS-CONSOMMATION DES CRÉDITS SOUMIS À L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES S'EXPLIQUE PAR DE MULTIPLES RAISONS	62
1. Au niveau de son élaboration : une procédure budgétaire essentiellement descendante et ne s'appuyant pas sur un suivi fin de la consommation des crédits	63

a) <i>Une procédure de budgétisation complexe, génératrice de délais et parfois source de confusion, dont l'agrégat de dépenses encadrées est emblématique</i>	63
b) <i>Des systèmes d'information qui ne permettent pas à la caisse de suivre précisément les dépenses effectives et les engagements</i>	68
c) <i>Des progrès toutefois réalisés en matière de programmation</i>	71
2. Au niveau de son exécution : les délais de mise en œuvre des mesures nouvelles liés à la complexité des procédures d'autorisation et de financement des structures médico-sociales	73
a) <i>Les retards du processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes</i>	73
b) <i>Les délais d'ouverture des établissements et services : le décalage dans le temps entre la notification de crédits pour la création de places et leur consommation</i>	80
c) <i>Des actions engagées par la caisse afin de remédier à ces difficultés, en particulier le déploiement des enveloppes anticipées</i>	84
3. Au niveau de son pilotage : des faiblesses liées à la dispersion des responsabilités et au positionnement ambigu de la CNSA	86
a) <i>Une répartition peu claire des compétences entre l'État et la CNSA et un dialogue de gestion limité de la caisse avec les services déconcentrés, qui disposent d'une importante autonomie de gestion</i>	86
b) <i>Une coopération insuffisante avec l'Assurance maladie</i>	89
c) <i>Une articulation à améliorer entre les services de l'État et les conseils généraux en termes de planification et de programmation</i>	89
III.- IL CONVIENT D'AMÉLIORER LA GESTION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX ET DE RENFORCER LA CNSA	93
A. CONCERNANT LA GESTION DES MOYENS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	93
1. Améliorer la procédure budgétaire et le suivi des dépenses	93
a) <i>En simplifiant la procédure par la suppression des dépenses encadrées et en avançant le calendrier de répartition des crédits</i>	93
b) <i>En améliorant l'élaboration de l'objectif global de dépenses et le suivi des engagements de dépenses</i>	94
c) <i>En mettant en place un système d'information intégré permettant un suivi resserré de la dépense</i>	95
d) <i>En prévoyant un financement pérenne pour les plans d'aide à l'investissement et un meilleur suivi des crédits non reconductibles</i>	95
2. Adapter les modalités d'autorisation et de tarification	97
a) <i>En améliorant les conditions de créations de places dans les établissements et services médico-sociaux</i>	97
b) <i>En facilitant la mise en œuvre du processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes</i>	98

c) <i>En envisageant une adaptation du mode de tarification des établissements et services pour personnes handicapées</i>	100
3. Dessiner les voies d'une gouvernance rénovée pour un pilotage plus efficient des politiques médico-sociales.....	100
a) <i>En clarifiant les missions respectives de la caisse et de l'administration centrale</i>	101
b) <i>En organisant les conditions d'un dialogue de gestion efficace entre la caisse et les agences régionales de santé</i>	101
c) <i>En renforçant la coopération entre la caisse et l'Assurance maladie</i>	104
d) <i>En améliorant la concertation avec les conseils généraux dans le cadre notamment des commissions de coordination</i>	105
4. Renforcer l'évaluation et le contrôle	106
a) <i>En prévoyant la certification des comptes de la CNSA</i>	106
b) <i>En améliorant l'information du Parlement</i>	106
B. CONCERNANT L'ORGANISATION DE LA CNSA.....	108
1. Prévoir la représentation de l'Assurance maladie au sein du conseil et accorder une vice-présidence aux conseils généraux	108
2. Veiller à ce que la caisse dispose de ressources adaptées à l'exercice de ses missions et évaluer son action par les opérateurs	109
C. CONCERNANT LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LES AIDES INDIVIDUELLES.....	110
1. Apporter quelques aménagements au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées	110
2. Élargir les missions de la caisse et ouvrir une large réflexion concernant le financement des aides à la personne	113
a) <i>En renforçant le rôle d'appui de la caisse aux départements dans le secteur des personnes âgées</i>	113
b) <i>En ouvrant une large réflexion concernant le financement des aides à domicile et des aides sociales versées par les départements</i>	114
LISTE DES VINGT ET UNE PROPOSITIONS DE LA MISSION	117
ANNEXES.....	121
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION	121
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	123
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE.....	129
ANNEXE 4 : COMPOSITION DU CONSEIL DE LA CNSA.....	131
ANNEXE 5 : BUDGET EXÉCUTÉ 2009 DE LA CNSA	133

INTRODUCTION

L'institution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'enracine dans la douloureuse prise de conscience collective suscitée par la canicule de l'été 2003. Celle-ci a en effet mis en lumière la nécessité de renforcer significativement les moyens d'action en faveur des personnes en perte d'autonomie, à travers notamment une solidarité plus active entre les Français, matérialisée par une journée supplémentaire de travail non rémunérée, la « journée de solidarité ».

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 a précisé et élargi les missions de la caisse. Aujourd'hui, celles-ci consistent principalement à contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie, à promouvoir l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire et à assurer un rôle d'expertise, d'information et d'appui aux opérateurs de terrain.

Ainsi, si la création de cet organisme, original à plus d'un titre, avait pu faire naître un certain nombre d'interrogations quant à la nature exacte de ses attributions et de son statut, la CNSA n'est pas un simple fonds, sinon une « *gare de triage des financements* ⁽¹⁾ », mais une véritable « *caisse de protection sociale* ⁽²⁾ » ainsi qu'une agence d'appui et d'animation. En avril 2009, le Gouvernement a saisi les inspections générales des affaires sociales et des finances afin d'analyser les causes déterminantes de la sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, destinés aux établissements et services médico-sociaux, et les moyens d'en prévenir le renouvellement. Un peu plus de cinq ans après son installation, quel bilan dresser du rôle et du fonctionnement de ce nouvel acteur *sui generis* aux multiples missions ?

La Commission des affaires sociales a souhaité se saisir de cette question importante en créant le 18 novembre 2009, à l'initiative du groupe socialiste, radical et citoyen, une mission d'information sur « *les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)* », composée de onze députés, membres des différents groupes politiques de l'Assemblée nationale ⁽³⁾.

Les travaux de la mission ont poursuivi deux objectifs.

En premier lieu, il s'est agi de faire toute la lumière sur les excédents de la caisse, qui résultent essentiellement de la sous-consommation des crédits dédiés au

(1) Rapport n° 1540 de M. Denis Jacquat au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées (évoquant une interrogation formulée par l'Union nationale des associations de soins et services à domicile), déposé 13 avril 2004.

(2) Déclaration de M. Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, lors de l'installation de la CNSA, le 2 mai 2005.

(3) Voir composition de la mission en annexe n° 1.

fonctionnement des établissements pour personnes âgées et qui ont notamment conduit en 2009, dans un contexte de dégradation des comptes sociaux, à la restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie, à travers un « débasage » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social pour 2009⁽¹⁾. Alors que chacun s'accorde à reconnaître l'importance des besoins de financement du secteur, cette situation a suscité un certain nombre d'interrogations légitimes, sinon une certaine émotion, en particulier auprès des associations et des acteurs de terrain. Afin d'y répondre, la mission a souhaité ainsi concentrer ses travaux sur l'analyse de la sous-consommation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.

Ce champ d'investigation est donc à la fois plus restreint et plus large que les termes précis de l'intitulé de la mission d'information. Plus restreint, puisqu'il ne porte que sur un aspect de l'une des missions de la CNSA. Il concerne cependant une partie importante des crédits gérés par la caisse et présente également l'avantage d'examiner, sous cet angle, les difficultés de pilotage et de positionnement de la caisse. Plus large également, puisque la caisse ne dispose pas, loin s'en faut, de l'ensemble des leviers d'action concernant la gestion des crédits relatifs aux établissements et services et, plus largement, des politiques médico-sociales, qui fait intervenir d'autres acteurs – en particulier les administrations centrales, les services déconcentrés de l'État et les conseils généraux – sur les missions et l'action desquels la mission a donc également été conduite à se pencher.

En second lieu et de manière plus générale, la mission a voulu faire le point sur le fonctionnement de cet organisme assez récent en vue d'identifier des voies d'amélioration, dans la perspective notamment du débat à venir sur la mise en place d'un cinquième risque de protection sociale. Dans cet objectif, ses travaux ont notamment porté sur la composition et le rôle du conseil de la caisse, les concours versés aux départements au titre des aides sociales à la personne, telles que l'allocation personnalisée d'autonomie, ou encore l'action engagée par la caisse dans le cadre de son rôle d'agence, concernant par exemple l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

De fait, la question de la réforme de la CNSA conduit à se poser celle de l'ensemble du secteur médico-social, comme l'a justement observé l'un des représentants de la Mutualité sociale agricole⁽²⁾, tant le positionnement de la caisse est central et souvent aussi ambigu.

En revanche, compte tenu des travaux récents de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes⁽³⁾ et de ceux, à venir, de la

(1) *Prévu par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (sur ce point, cf. infra, la seconde partie du présent rapport).*

(2) *M. Bruno Lachesnaie, directeur de l'action sanitaire et sociale de la Mutualité sociale agricole (audition du 23 mars 2010).*

(3) *Perte d'autonomie des personnes âgées : répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain, rapport n° 2647 de Mme Valérie Rosso-Debord au nom de la mission d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (déposé le 23 juin 2010).*

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale sur les maisons départementales des personnes handicapées, le présent rapport n'évoquera ces deux sujets qu'en tant qu'ils concernent et impactent directement l'action ou les missions de la CNSA, en renvoyant pour le reste aux travaux précités.

Pendant cinq mois, du 15 décembre 2009 au 19 mai 2010, la mission a procédé à de nombreuses auditions (37 au total) d'experts, de représentants d'associations, d'organismes intervenant dans les domaines de compétence de la caisse, de syndicats, de départements, de l'administration centrale et de services déconcentrés de l'État ainsi que des responsables de la caisse⁽¹⁾. Ce cycle d'auditions s'est conclu par celles de la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, de la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité auprès du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Mme Nadine Morano, et de la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra.

Aux termes de ces travaux, il apparaît que la création de la CNSA a constitué une avancée majeure et permis d'accompagner un effort financier sans précédent des pouvoirs publics en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. La sous-consommation persistante de ses crédits apparaît cependant préoccupante au regard des besoins de financement importants du secteur médico-social, mais aussi des faiblesses qu'elle révèle en termes de pilotage et de contrôle. Il apparaît dès lors nécessaire d'améliorer la gestion et le suivi des moyens dédiés aux établissements et services, de dessiner les voies d'une gouvernance rénovée, pour un pilotage plus efficient des politiques médico-sociales, et de renforcer l'action et les moyens de la CNSA. Dans ce sens, le présent rapport formule plusieurs propositions, qui ont été guidées par trois principes :

– tout d'abord, corriger ce qui peut apparaître comme des « défauts de jeunesse », adapter et consolider un système encore récent, d'autant que le secteur est d'ores et déjà engagé dans une profonde mutation, en particulier suite aux réformes intervenues par la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (mise en place de la tarification à la ressource, convergence tarifaire, introduction des médicaments dans le forfait soins des établissements pour personnes âgées, *etc.*) ainsi que 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, qui a notamment prévu la mise en place des agences régionales de santé ;

– rester au plus proche des préoccupations du terrain ainsi que des besoins de la personne, dans l'esprit des lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005 précitées visant à promouvoir l'égalité, la qualité et la proximité de la prise en charge : à cet égard, les auditions des associations ainsi que des représentants des services des conseils généraux et des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales se sont révélées particulièrement riches d'enseignements ;

(1) Cf. la liste des personnes auditionnées par la mission présentée en annexe n° 2.

– simplifier les dispositifs et clarifier les responsabilités des différents acteurs. La complexité des circuits de financement et de décision apparaît en effet comme un trait saillant du secteur médico-social, sinon sa caractéristique première. De fait, comme l’a regretté le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy ⁽¹⁾, « *le traitement du risque de dépendance n’est clair ni dans ses principes, ni dans son organisation, ni dans son financement. C’est simple, il y a de la complexité et de l’opacité partout* ». Ce constat n’a pas été démenti, loin s’en faut, par de nombreuses personnes auditionnées par la mission, qui ont tour à tour déploré « *une gouvernance financière d’une rare complexité* ⁽²⁾ » ou certains mécanismes d’une complexité « *anormalement folle* ⁽³⁾ » !

La complexité n’est certes pas préjudiciable en soi : elle peut notamment traduire la volonté de prendre en compte des préoccupations et des contraintes multiples, sinon divergentes. Dans le domaine médico-social, elle résulte en partie des spécificités historiques de ce secteur, caractérisé notamment par le rôle important des associations et une certaine dispersion des structures, de la nature tout autant sanitaire que sociale de ces dépenses, qui impliquent les concours simultanés de plusieurs acteurs, notamment l’État et l’assurance maladie, et du choix d’organiser des politiques de façon décentralisée, au niveau des départements.

Toutefois, lorsque la complexité est excessive – et c’est notamment le cas lorsque l’allocation de ressources requiert l’appropriation d’algorithmes sibyllins, ou encore lorsque des questions aussi simples que celle du « qui fait quoi ? » appellent des réponses pour le moins ambiguës –, elle peut constituer une source d’éclatement des responsabilités, de difficultés de pilotage, voire de mobilisation de la collectivité autour d’objectifs clairement identifiés, et, plus préoccupant encore, un réel obstacle au contrôle démocratique par la représentation nationale.

En tout état de cause, la technicité parfois aiguë de certains dispositifs médico-sociaux – dont ce rapport ne pourra faire l’économie, dès lors que leur compréhension est nécessaire pour analyser précisément les raisons de la sous-consommation de crédits, et éviter ainsi des malentendus ou des raccourcis trompeurs – ne doit pas conduire à occulter l’importance capitale, d’un point de vue sanitaire, économique et social, de la politique publique d’aide à l’autonomie, qui concerne en réalité chacun d’entre nous.

Probablement, d’abord, parce que l’unité d’un peuple, sinon l’état d’avancement d’une civilisation, se construit sur la solidarité entre les générations ainsi que sur la volonté et les moyens qu’il se donne pour protéger les plus fragiles.

(1) Dans son allocution du 18 septembre 2007 au Sénat, lors du quarantième anniversaire de l’Association des journalistes de l’information sociale.

(2) Audition du 3 février 2010 de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

(3) Audition du 12 janvier 2010 de M. Denis Piveteau, ancien directeur de la CNSA.

I.- LA CRÉATION DE LA CNSA, ORGANISME *SUI GENERIS*, A MARQUÉ UN PROGRÈS ET ACCOMPAGNÉ LA MOBILISATION DE MOYENS ACCRUS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été considérable depuis cinq ans, comme l'a souligné la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽¹⁾, notamment au titre de ses missions d'organisme collecteur et répartiteur de crédits, qui ont connu une progression significative depuis plusieurs années. En outre, la CNSA joue un rôle important d'agence d'expertise, d'animation et d'appui aux opérateurs.

Enfin, son mode de gouvernance original a permis d'associer l'ensemble des acteurs concernés à la mise en œuvre des politiques publiques d'aide à l'autonomie, en constituant d'une certaine manière un « *laboratoire expérimental* », selon les termes de l'ancien président du conseil de la caisse, M. Alain Cordier ⁽²⁾. Sa gouvernance n'est cependant pas sans susciter certaines interrogations.

A. UNE CAISSE AYANT POUR MISSION PREMIÈRE DE SANCTUARISER LES RESSOURCES ISSUES DE LA « JOURNÉE DE SOLIDARITÉ » ET DE RÉPARTIR LES MOYENS FINANCIERS DE MANIÈRE ÉQUITABLE

Établissement public à caractère administratif soumis au contrôle de l'État, la CNSA dispose de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Aux termes de la loi, elle a pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

À ce titre, le budget de la caisse vise à répondre à l'exigence de transparence et de suivi dans l'utilisation des moyens consacrés à l'aide à l'autonomie. En outre, elle répartit les moyens financiers entre les départements et les services déconcentrés de l'État, en veillant en premier lieu à l'équité territoriale.

1. La CNSA permet de retracer une part importante des ressources nationales consacrées au soutien à l'autonomie

La création de la CNSA a permis de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisés au niveau national pour prendre en charge les dépenses de soins dans les établissements et services médico-sociaux ainsi que pour contribuer à la compensation de la perte d'autonomie. La segmentation du budget de la caisse, prévue par la loi, permet de suivre précisément l'affectation de ses ressources.

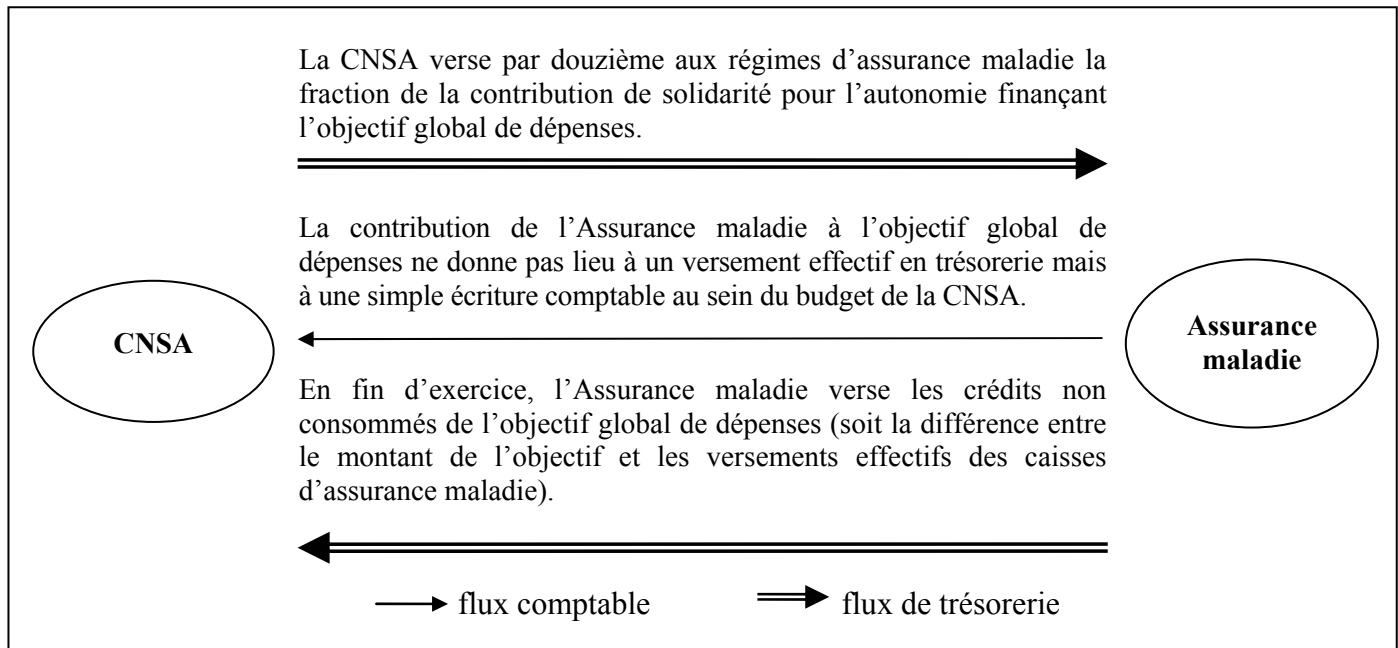
(1) Audition du 19 mai 2010.

(2) Audition du 7 avril 2010.

a) Des ressources provenant majoritairement de l'Assurance maladie mais aussi notamment de la journée de solidarité

Le budget de la CNSA a représenté 18,7 milliards d'euros en 2009. Ses ressources proviennent essentiellement des crédits de l'Assurance maladie, dont la gestion lui est déléguée, mais qui ne donnent pas lieu à flux de trésorerie correspondant, comme l'illustre le schéma simplifié ci-dessous, ainsi que des ressources propres de la caisse.

Schéma simplifié des flux financiers et comptables entre la CNSA et l'assurance maladie



• La contribution de l'Assurance maladie au financement des établissements et services médico-sociaux au titre de leurs prestations de soins

L'Assurance maladie participe *via* la CNSA au financement du fonctionnement des services (par exemple, les services de soins infirmiers à domicile) et des établissements médico-sociaux, par une contribution destinée à couvrir les dépenses de soins des personnes handicapées ou âgées prises en charge dans ces structures et qui correspond essentiellement aux dépenses de personnel. Les établissements bénéficient par ailleurs d'autres catégories de ressources. Ainsi, le budget des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes comporte trois sections tarifaires distinctes correspondant aux :

– prestations liées à l'hébergement (accueil hôtelier, administration générale, amortissement des investissements de l'établissement, etc.), ces frais étant à la charge du résident ou, dans le cadre de l'aide sociale, du conseil général ;

– prestations liées à la dépendance (aide et surveillance pour les actes de la vie quotidienne, surcoûts hôteliers liés à la dépendance, 30 % des dépenses afférentes aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques, etc.), les « tarifs dépendance » étant fixés par le président du conseil général, en fonction notamment

du degré de dépendance des résidents, et payés par l'utilisateur après déduction de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

– prestations médicales et paramédicales (soins de base, 70 % des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques, etc.), la participation de l'Assurance maladie évoquée plus haut permettant de financer la « dotation soins » de chaque établissement.

Qui paie quoi ?

Parmi les frais supportés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, on distingue : les soins médicaux remboursés par l'Assurance maladie et les mutuelles ; les charges liées à la perte d'autonomie (services à domicile, aménagement appartement, véhicule...) prises en charge en partie par la CNSA via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH) ; les frais d'hébergement et de restauration payés par les personnes elles-mêmes et leur famille. Les personnes âgées dépendantes qui n'ont pas de ressources suffisantes peuvent bénéficier de l'aide sociale pour payer leurs frais de subsistance (...).

Par exemple, les frais moyens en établissement (maisons de retraite, foyers-logements, unités de soins de longue durée...) s'élèvent à 90 euros par jour : 25 euros au titre des soins, 15 euros au titre de la dépendance, 50 euros au titre de l'hébergement. Les soins sont pris en charge intégralement par l'Assurance maladie. La part du tarif dépendance laissée à la charge des personnes âgées est en moyenne de 5 euros par jour. L'hébergement est à la charge de la personne.

Source : CNSA

La participation de l'Assurance maladie est retracée dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui est voté chaque année par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, et plus précisément au sein de deux de ses six « sous-objectifs », relatifs aux établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Ces deux sous-objectifs constituent l'« ONDAM médico-social », qui représente près de 15 milliards d'euros pour 2010.

Depuis 2006 et la mise en place du nouveau circuit financier consécutif à la création de la caisse, l'ONDAM médico-social ne retrace plus des prestations à encadrer et réguler, mais correspond uniquement à une contribution de l'Assurance maladie, au titre des dépenses mises à sa charge, dont le montant n'est plus ensuite susceptible de varier, en principe⁽¹⁾. L'ensemble des prestations versées aux établissements et services médico-sociaux fait cependant l'objet d'un encadrement sous la forme d'un objectif global de dépenses, fixé par arrêté, mais qui est distinct de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (cf. *infra*).

(1) Sauf en cas de rectification, en cours d'exercice, du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social prévu pour une année n (« rebasage » en cas de hausse ou « débasage » en cas de baisse), dans la loi de financement de la sécurité sociale de l'année n + 1.

***L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010
et ses deux sous-objectifs constituant l' « ONDAM médico-social »***

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	7,0
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	7,9
Autres modes de prise en charge	1,0
OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)	162,4

Source : loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

La gestion des crédits de l'ONDAM médico-social est déléguée à la CNSA, qui relève de la catégorie des « organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie », selon les termes de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (articles L. O. 111-3 et L. O. 111-4 du code de la sécurité sociale). Si l'Assurance maladie est le principal contributeur en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la création de la caisse a de ce fait conduit à un certain désengagement du payeur, comme en est convenu le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, M. Frédéric Van Roekeghem, l'Assurance maladie apparaissant, selon ses termes ⁽¹⁾, comme une « boîte aux lettres financière ».

Les crédits de l'ONDAM médico-social apparaissent ainsi en recettes dans les comptes de la CNSA et représentent environ 80 % de son budget. Toutefois, ils ne donnent pas lieu à un flux effectif de trésorerie, en raison d'un jeu d'écritures comptables, sur les subtilités duquel le présent rapport ne reviendra pas, mais dont les principales caractéristiques sont schématisées ci-dessus. Plusieurs personnes auditionnées par la mission, en particulier le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ⁽²⁾, n'ont pas manqué de souligner la complexité, sinon l'opacité, de ces circuits comptables, comme l'avait déjà fait la Cour des comptes à plusieurs reprises, en relevant le caractère complexe et artificiel du schéma de comptabilisation retenu ⁽³⁾.

(1) *Audition de M. Frédéric Van Roekeghem par la mission d'information du Sénat sur le cinquième risque (rapport n° 447 de juillet 2008).*

(2) *Audition du 3 février 2010.*

(3) *Cf. notamment le rapport de septembre 2008 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et son rapport de juin 2008 sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale.*

Il convient par ailleurs de rappeler qu'avant l'adoption de la loi organique du 2 août 2005 précitée, seul le montant total de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) était voté par le Parlement, les montants de ses sous-objectifs étant déterminés par voie réglementaire. De plus, la répartition des crédits de l'Assurance maladie pour le financement des établissements et services médico-sociaux était auparavant assurée par le ministère de la santé, concernant les personnes âgées, et par la direction générale de l'action sociale, pour les personnes handicapées. Ainsi, la création de la CNSA a marqué un progrès en termes de lisibilité de la dépense, en permettant le rapprochement, dans ses comptes, du montant, de la ventilation et de l'exécution des dotations dédiées au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

- *Les ressources propres de la CNSA*

Instaurée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et destinée à financer des actions en faveur de ces personnes, la journée de solidarité prend la forme, pour les salariés, d'une journée supplémentaire de travail non rémunérée, selon les modalités présentées ci-dessous, et, pour les employeurs, d'une contribution financière de 0,3 % assise sur l'ensemble de la masse salariale. La caisse est chargée de la gestion de cette contribution.

Les modalités de la journée de solidarité

Par qui sont-elles fixées ? En principe, la journée de solidarité est fixée par accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, par accord de branche. L'employeur doit donc engager des négociations en ce sens. En pratique, l'accomplissement de la journée de solidarité pourrait devenir un nouveau thème de la négociation annuelle. Depuis la réforme opérée par la loi du 16 avril 2008⁽¹⁾, le lundi de Pentecôte n'est plus la journée de solidarité par défaut en l'absence d'accord collectif conclu au niveau de l'entreprise ou d'accord de branche applicable. Dans ces hypothèses, l'employeur détermine unilatéralement les modalités concrètes d'accomplissement de la journée de solidarité dans son entreprise, après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, s'ils existent. Cette procédure doit être renouvelée chaque année. Concernant la fonction publique, la journée de solidarité est fixée par délibération de l'organe exécutif de l'assemblée territoriale compétente, par décision des directeurs d'établissements de santé ou par arrêté ministériel.

Quelles en sont les modalités possibles ? L'accord collectif peut prévoir, au choix : soit le travail d'un jour férié précédemment chômé autre que le 1^{er} mai⁽²⁾ ; soit le travail d'un jour de réduction du temps de travail (RTT) ou le travail d'un jour de repos accordé au titre d'un accord collectif organisant la répartition de la durée de travail sur une période supérieure à la semaine ; soit toute autre modalité permettant le travail de sept heures précédemment non travaillées en application des dispositions conventionnelles ou de l'organisation de l'entreprise. La journée de solidarité peut ainsi se traduire par un samedi travaillé ou par la suppression d'un jour de congé conventionnel supplémentaire. En outre, le fractionnement de la journée de solidarité en tranches horaires est possible à la condition qu'il soit effectif et corresponde à un travail supplémentaire de sept heures par an.

(1) Loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 relative à la journée de solidarité.

(2) Dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, la journée de solidarité ne peut être accomplie ni le jour de Noël, ni le 26 décembre, ni le Vendredi saint.

La loi du 30 juin 2004 précitée a également institué deux contributions additionnelles aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement. Dans le budget de la caisse, c'est l'ensemble de ces trois contributions que l'on désigne par le terme de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Leur produit a représenté 2,21 milliards d'euros en 2009 et, au total, plus de 10 milliards d'euros depuis 2005.

L'évolution du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie depuis 2005

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Produit de la contribution	1,95	2,09	2,22	2,29	2,21	10,76

Source : CNSA

Les ressources propres de la caisse sont également constituées par une fraction de 0,1 % du produit de la contribution sociale généralisée (CSG), soit 1,1 milliard d'euros en 2009. En outre, la caisse perçoit diverses ressources annexes, en particulier une contribution des régimes d'assurance vieillesse (66 millions d'euros) ainsi que les produits financiers résultant du placement de sa trésorerie, qui ont représenté environ 45 millions d'euros l'an dernier.

b) Une affectation claire de ces moyens garantie par la segmentation du budget de la caisse prévue par la loi

Comme l'a indiqué le président de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, M. Gérard Pelhate⁽¹⁾, on peut mettre au crédit de la CNSA la grande transparence de ses circuits financiers, puisque les recettes sont fléchées vers des chapitres précis de dépenses. En effet, afin de garantir une affectation claire des ressources de la caisse à ses différentes missions, le législateur a prévu que son budget se décompose en six sections distinctes et définit les règles de répartition des produits et des charges imputées à chacune d'entre elles, concernant en particulier l'affectation du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie⁽²⁾.

La loi précise également que les excédents éventuellement dégagés sur une section doivent être réaffectés sur la même section les exercices suivants, sauf dérogation réglementaire⁽³⁾. Cette segmentation relativement rigide du budget permet ainsi de suivre l'affectation des ressources et de garantir une étanchéité de principe entre les différentes missions de la caisse, en particulier entre les charges afférentes aux soins et celles liées à la compensation de la perte d'autonomie.

(1) Audition du 23 mars 2010.

(2) Article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Les reports de crédits peuvent ainsi être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, après avis du conseil de la caisse (articles L. 14-10-5 et L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles).

Les six sections du budget de la CNSA

En vertu de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, le budget de la caisse comporte six sections, dont trois sont subdivisées en sous-sections par bénéficiaires (personnes âgées ou handicapées) : la section I relative au financement des établissements et services médico-sociaux ; la section II relative aux concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ; la section III relative aux concours aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées ; la section IV relative aux actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service ; la section V concernant les autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie (notamment les aides à l'investissement des établissements) ; la section VI retraçant les frais de gestion.

Comme l'a souligné Mme Hélène Gisserot, magistrat honoraire à la Cour des comptes et auteur d'un rapport de mars 2007 sur les perspectives financières de la dépendance des personnes âgées⁽¹⁾, cette segmentation est un gage de transparence, mais elle peut également apparaître comme une source de complexité dans la gestion des dépenses de la caisse. En effet, celle-ci empêche les redéploiements entre sections en cours d'année, mais aussi d'une année sur l'autre, les excédents dégagés sur une section étant, sauf dérogation, réaffectés sur cette section. On pourrait dès lors s'interroger sur un éventuel assouplissement de ces dispositions, d'autant qu'elles ne relèvent pas *a priori* du domaine législatif.

Une modification de la loi sur ce point n'apparaît cependant pas opportune, au regard notamment des objectifs poursuivis par la création de la caisse. En effet, comme l'ont rappelé plusieurs personnes entendues par la mission, la création d'une caisse spécifique a été largement motivée par la volonté d'assurer la transparence de l'affectation des moyens issus de la contribution de solidarité pour l'autonomie. Ainsi, selon les propos tenus par M. Jean-Pierre Raffarin en mai 2005, « *la CNSA "sanctuarise" les crédits issus de la journée de solidarité. Elle garantit que l'effet "vignette automobile" (2) ne se renouvellera pas. En travaillant une journée de solidarité, les Français ont ainsi l'assurance qu'aucun euro correspondant ne sera utilisé à d'autre but que la prise en charge améliorée des personnes en perte d'autonomie (3) ».*

À cet égard, le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Pierre Bayle⁽⁴⁾, a rappelé que celle-ci avait été chargée par le Premier ministre d'évaluer les conditions de mise en place de la CNSA et de l'affectation de ses ressources. Dans son rapport de juillet 2006⁽⁵⁾, la cour a constaté que les

(1) Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix, rapport au ministre délégué à la sécurité sociale de Mme Hélène Gisserot, procureur général près la Cour des comptes, et de M. Étienne Grass, membre de l'inspection générale des affaires sociales (mars 2007).

(2) Cet impôt, initialement créé en 1956 pour financer des allocations vieillesse, ayant laissé le souvenir durable d'avoir été utilisé à d'autres fins.

(3) Déclaration du Premier ministre, M. Jean-Pierre Raffarin, lors de l'installation de la CNSA le 2 mai 2005.

(4) Audition du 15 décembre 2009.

(5) Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, rapport public particulier de la Cour des comptes (juillet 2006).

craintes qui avaient pu être exprimées sur l'affectation des nouvelles ressources de la contribution de solidarité pour l'autonomie n'étaient pas fondées et que les ressources bénéficiaient bien intégralement aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées. Elle notait en particulier qu' « un “ effet vignette ” n'est pas à craindre. Une segmentation rigide, instituée par la loi, du budget et des comptes de la CNSA le garantit, ou du moins permet de le vérifier, au prix d'une certaine lourdeur dans la gestion de l'établissement. »

Le budget de la caisse permet ainsi de suivre l'affectation des ressources perçues par la caisse au titre de la journée de solidarité. Par exemple en 2009, les 2,21 milliards de recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie ont été répartis comme suit (cf. le budget de la caisse présenté en annexe n° 5 du présent rapport) :

– 1 323 millions d'euros pour les personnes âgées (soit 60 %), dont 441 millions d'euros versés aux conseils généraux pour l'allocation personnalisée d'autonomie et 882 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux, en vue de financer de nouvelles places en établissements et de renforcer la médicalisation des maisons de retraite, par des moyens accrus en personnels ;

– 883 millions d'euros pour les personnes handicapées (soit 40 %), dont 574 millions d'euros versés aux conseils généraux pour la prestation de compensation du handicap et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et 309 millions d'euros pour les établissements et services.

Le budget de la CNSA permet ainsi de retracer une part essentielle des ressources publiques nationales dédiées à l'accompagnement des personnes dont l'autonomie est altérée, les moyens qu'elle gère représentant en effet près de 37 % des dépenses de protection sociale engagées à ce titre ⁽¹⁾, dont une très grande partie correspond aux crédits délégués par l'Assurance maladie (cf. le tableau ci-après).

Constituant une première avancée en termes de transparence et de lisibilité de la dépense, en permettant une meilleure appréhension de l'effort public en faveur des personnes âgées ou handicapées, la caisse a également marqué un progrès en termes de répartition de ces moyens, en vue de promouvoir l'équité territoriale.

(1) Dont 8 % au titre des ressources propres de la caisse et 28,7 % correspondant aux crédits de l'Assurance maladie dont la gestion lui est déléguée.

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et leur répartition par financeur

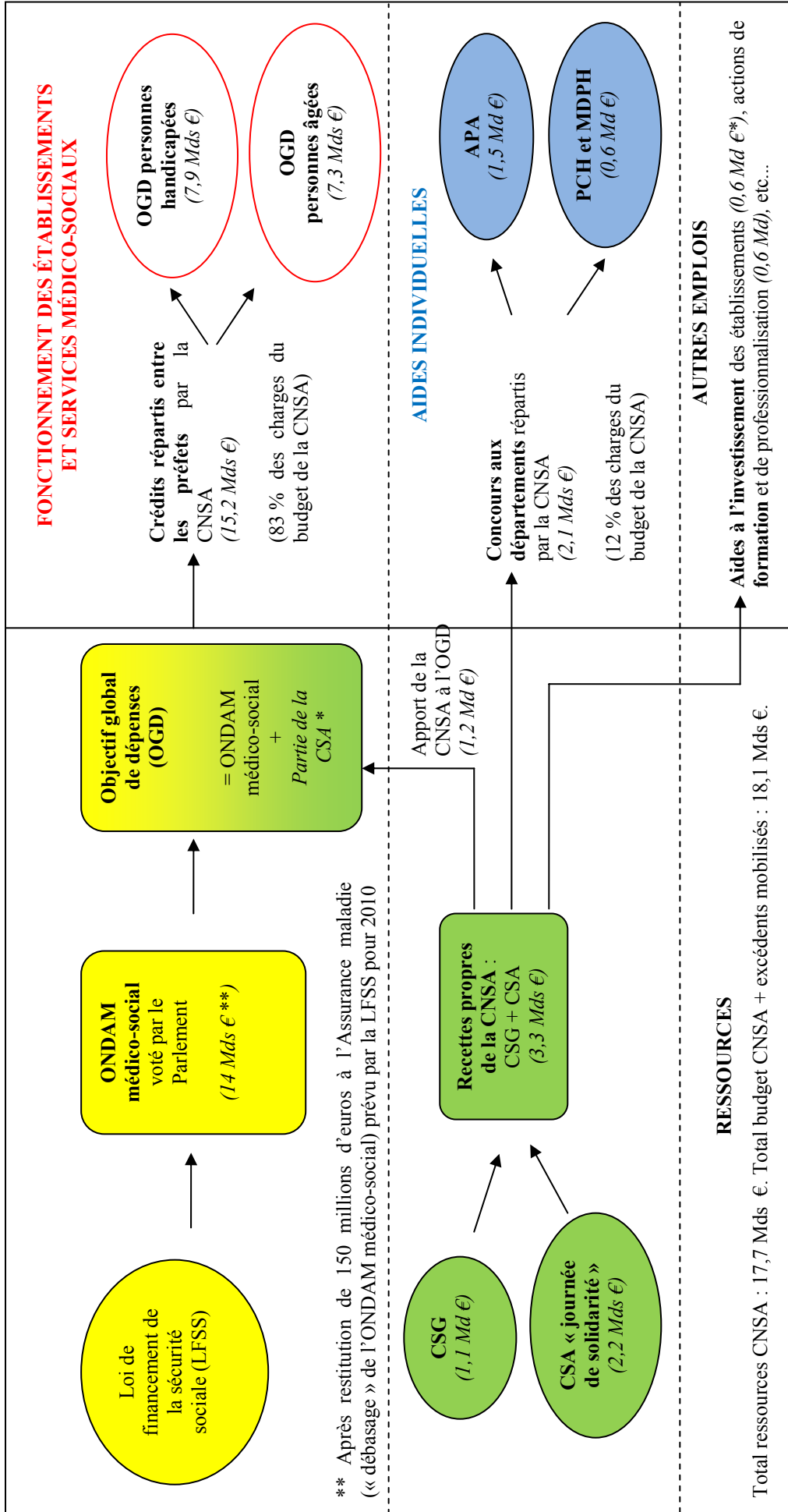
(En millions d'euros)

	Montants 2008	%
État	9 917,6	22,1
<i>Programme Handicap et dépendance</i>	8 452,8	18,8
Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées (dont contribution au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, etc.)	14,5	
Incitation à l'activité professionnelle (dont aides au poste, etc.)	2 393,9	
Ressources d'existence, dont l'allocation aux adultes handicapés (AAH), etc.	5 940,9	
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux maisons départementales des personnes handicapées, etc.)	64,2	
Personnes âgées	32,6	
Pilotage du programme	6,7	
<i>Hors programme Handicap et dépendance</i>	1 464,8	3,3
Pensions militaires d'invalidité	1 016,0	
Programme Vie de l'élève – action « Élèves handicapés »	217,1	
Programme Accès et retour à l'emploi (aide au poste dans les établissements adaptés)	231,7	
CNSA	3 615,1	8,0
<i>Dépenses en faveur des personnes handicapées</i>	1 082,3	2,4
Établissements et services	332,5	
Prestation de compensation du handicap + maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : transfert aux départements	596,2	
Majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	21,2	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	107,7	
Autres actions	24,7	
<i>Dépenses en faveur des personnes âgées</i>	2 532,8	5,6
Établissements et services	551,0	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : transfert aux départements	1 619,4	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	291,7	
Autres actions	70,8	
Agence pour l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)	584,0	1,3
Sécurité sociale	21 184,9	47,1
Assurance maladie	19 897,2	44,3
Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – personnes handicapées	7 376,0	28,7
Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – personnes âgées	5 523,0	
Unités de soins de longue durée (USLD)	1 354,7	
Pension invalidité	5 612,7 *	
Action sociale	31,5	
Assurance vieillesse (Action sociale personnes âgées)	579,8	1,3
Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) : AEEH et allocation de présence parentale	706,4	1,6
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)	9 655,7	21,5
Personnes handicapées	4 225,5	9,4
Frais d'hébergement en établissement	3 600,00	
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) + prestation de compensation du handicap (PCH)	1 221,6	
<i>Transfert CNSA</i>	- 596,2	
Personnes âgées	5 430,2	12,1
Allocation personnalisée d'autonomie (APA domicile + établissements)	4 854,6	
Aide sociale à l'hébergement	2 131,4	
Aide ménagère	63,6	
<i>Transfert CNSA</i>	- 1 691,4	
Dépenses publiques totales	44 956,4	100

Source : d'après le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Schéma simplifié des principaux crédits gérés par la CNSA en 2009

(En milliards d'euros)



** Après restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie (« débasage » de l'ONDAM médico-social) prévu par la LFSS pour 2010

APA : Allocation personnalisée d'autonomie MDPH : Maison départementale des personnes handicapées OGD : Objectif global de dépenses
 PCH : Prestation de compensation du handicap CSG : Contribution sociale généralisée
 * : Apport complémentaire éventuel par les excédents

2. Elle répartit ces moyens entre les départements et les services déconcentrés avec le souci de promouvoir l'égalité de traitement

Comme l'a rappelé la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽¹⁾, la CNSA a été créée « à une période où la Nation a décidé d'allouer des moyens importants à ces problématiques ».

La caisse s'est attachée à promouvoir une allocation de ces ressources correctrice des disparités observées, à travers la répartition, d'une part, des dotations dédiées aux établissements et services médico-sociaux et, d'autre part, des concours aux départements pour le financement des prestations individuelles au titre de la compensation de la perte d'autonomie.

a) Les moyens destinés au fonctionnement des établissements et services, qui ont permis la mise en œuvre des plans gouvernementaux ambitieux dans le domaine médico-social

Aux termes de la loi ⁽²⁾, la CNSA est chargée d'assurer « la répartition équitable sur le territoire national » du montant total de dépenses soumises à l'objectif global de dépenses (OGD), qui est retracé dans la section I de son budget, « en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicap ».

L'objectif global de dépenses est un agrégat représentant le montant total des autorisations de dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux. Représentant 15,6 milliards d'euros en 2009, il est égal à la somme de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social et de l'apport de la CNSA, qui correspond à une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), éventuellement abondé par une partie des réserves de la caisse (cf. le schéma simplifié des crédits gérés par la caisse, présenté plus haut). Cet agrégat réunit donc des ressources de nature très différente : aussi la secrétaire d'État chargée des aînés ⁽³⁾ a-t-elle fait observer qu'« avoir mêlé dès l'origine des crédits du jour férié à ceux de l'ONDAM pour établir l'objectif global de dépenses ne simplifie pas la lisibilité du financement du secteur ».

Le montant de cet objectif de dépenses est fixé chaque année par arrêté, sur le fondement des dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale ainsi que des décisions du conseil de la CNSA, qui se prononce notamment sur le montant prévisionnel des recettes de contribution de solidarité pour l'autonomie ainsi que sur l'utilisation des réserves de la caisse.

La caisse procède à la répartition du montant total des dépenses annuelles de soins des établissements et services, sous forme de dotations régionales et

(1) Audition du 19 mai 2010.

(2) Article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Audition du 19 mai 2010.

départementales limitatives. Ces crédits notifiés aux préfets sont ensuite alloués à chaque établissement ou service dans le cadre de la campagne tarifaire menée par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (cf. *infra*, la seconde partie du présent rapport) et sont versés par les caisses d'assurance maladie sous forme de dotations globales, de forfaits ou de prix de journée. Les dotations soumises à l'objectif global de dépenses permettent ainsi de financer des mesures de reconduction et d'actualisation des moyens existants (prenant en compte l'évolution des prix, les mesures salariales générales ou encore les mesures catégorielles) ainsi que des mesures nouvelles, par exemple l'ouverture de nouvelles places.

La mise en place de la CNSA s'est accompagnée, en premier lieu, d'une forte augmentation des moyens dédiés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

Ainsi, comme l'a indiqué la secrétaire d'État chargée des aînés⁽¹⁾, les dépenses destinées aux établissements et services pour personnes âgées sont passées de 3 à près de 8 milliards entre 2003 et 2010. De même, les moyens mobilisés par la CNSA à destination des personnes handicapées ont augmenté de plus de 18 % entre 2006 et 2009, passant de 7,5 à 8,8 milliards d'euros⁽²⁾.

Ces moyens importants ont permis de mettre en œuvre les mesures prévues par les plans, particulièrement ambitieux, qui ont été engagés par le Gouvernement en vue notamment de permettre la création de places et le renforcement de la médicalisation des établissements, tels que le plan Solidarité - Grand âge, le programme pluriannuel handicap, le plan Alzheimer pour 2008-2012 ou encore le plan Autisme. À cet égard, la Cour des comptes a considéré que globalement la mise en place de la CNSA avait eu un impact favorable sur les conditions de mise en œuvre des interventions en direction des personnes âgées dépendantes, la caisse ayant par exemple permis un meilleur suivi des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour financées, autorisées et créées⁽³⁾.

***Des plans pluriannuels de développement de l'offre de structures :
l'exemple du plan Solidarité - Grand âge***

Les principaux objectifs du plan Solidarité - Grand âge sont : la création de 6 000 places par an en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; la création de 7 500 places par an en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; des solutions de répit pour les familles (3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire par an) ; le renforcement de la médicalisation des établissements, avec notamment pour objectif d'assurer la présence d'un professionnel pour un résident dans les maisons de retraite accueillant les résidents les plus dépendants.

(1) *Audition du 19 mai 2010.*

(2) *Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap, secrétariat d'État chargé de la solidarité (12 février 2009).*

(3) *Audition du 15 décembre 2009.*

En second lieu, la réduction des écarts dans la répartition et les coûts des établissements et services médico-sociaux est un objectif fixé par la loi, que la CNSA doit contribuer à atteindre. Dans ce sens, la caisse procède à une répartition des crédits sur la base de critères délibérés par son conseil et visant à mieux répondre aux besoins, à réduire les inégalités régionales et départementales et à diversifier l'offre de services, en s'appuyant également sur les besoins prioritaires locaux identifiés dans les programmes interdépartementaux du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Certains progrès en termes de réduction des écarts territoriaux ont pu être observés depuis la création de la caisse, comme l'indique le tableau ci-après. Le rapport récent de l'inspection générale des affaires sociales sur les crédits soumis à l'objectif global de dépenses ⁽¹⁾ souligne ainsi que la procédure de fixation des dotations régionales et départementales a permis dans certains cas, par exemple dans le Pas-de-Calais, l'engagement d' « *efforts inégalés de création de places donc une forme de rattrapage par rapport à des périodes de sous-investissement* ».

L'évolution des écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services pour personnes âgées

	2005	2006	2007	2008
Écart interdépartemental en euros par habitant	-	19,8 %	17,5 %	14,7 %
Écart interdépartemental en nombre de places par habitant	26,3 %	24,1 %	26,0 %	22,8 %
Écart interrégional en nombre de places par habitant	27,0 %	23,9 %	23,9 %	27,4 %

Source : programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Il subsiste néanmoins d'importantes disparités territoriales ⁽²⁾. Ceci s'explique en partie par le fait que l'action de la CNSA se concentre sur les mesures nouvelles (création de places et recrutement de professionnels de santé), dont elle assure la répartition équitable sur le territoire, comme l'ont souligné certaines personnes auditionnées par la mission. Or, compte tenu des disparités de taux d'équipement de départ, ceci implique certains délais pour opérer un rééquilibrage territorial et le levier des mesures nouvelles ne peut sans doute suffire. Parallèlement, un travail sur « le stock » doit en effet être engagé, concernant notamment le coût des différentes structures et l'impact de la tarification sur les établissements médico-sociaux. Les rôles respectifs de l'État et de la CNSA n'apparaissent cependant pas très clairement définis dans ce domaine ⁽³⁾.

(1) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, *rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, rendu public le 24 mars 2010 (audition du 2 février et du 31 mars 2010)*.

(2) Cf. sur ce point, le rapport précité de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

(3) Cf. sur ce point, le bilan de la convention d'objectifs et de gestion État - CNSA 2006-2009, note conjointe des services de la direction générale de l'action sociale et de la CNSA, soumise à l'avis du Conseil de la CNSA le 17 novembre 2009.

***b) Les concours aux départements au titre des aides individuelles :
l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de
compensation du handicap***

Avec l'égalité de traitement, la proximité de la prise en charge constitue l'un des principes fondateurs des lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005 précitées. Il est en effet apparu nécessaire de promouvoir la définition de réponses adaptées au projet de vie de chaque personne et, dans cet objectif, de piloter ce dispositif au niveau local. Ainsi, les prestations d'aide sociale destinées aux personnes en perte d'autonomie sont gérées par les départements mais cofinancées avec l'État, à travers la CNSA, au titre de la solidarité nationale.

• *Les concours au titre de la prestation de compensation du handicap*

Créée par la loi du 11 février 2005 précitée et devenue effective depuis janvier 2006, la prestation de compensation du handicap est versée, en nature, à toute personne rencontrant des difficultés à réaliser une activité essentielle de la vie quotidienne et sans condition de ressources. Elle a vocation à remplacer progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne ⁽¹⁾ (ACTP). La prestation de compensation finance cinq types d'aides : les aides humaines, concourant aux actes essentiels de la vie quotidienne, les aides techniques, les aides pour l'aménagement du logement ou du véhicule, les aides spécifiques ou exceptionnelles et les aides animalières contribuant à l'autonomie de la personne.

La CNSA a apporté une contribution importante au financement de cette prestation, ainsi que l'illustre le tableau ci-dessous.

L'évolution du taux de couverture de la prestation de compensation du handicap

(En millions d'euros)

	2006	2007	2008
Dépenses versées par les départements au titre de la prestation	79	277	569
Dont concours versés par la CNSA aux départements	523	530	551

Source : programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

La montée en charge de cette prestation a été relativement lente, en raison notamment de la mise en place progressive, au cours de l'année 2006, des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, au sein des maisons départementales des personnes handicapées. Ceci s'explique sans doute également par les difficultés à apprécier le gain potentiel de la nouvelle prestation par rapport à l'ancienne allocation, rencontrées par les personnes concernées, du moins dans un premier temps, certains préférant une allocation forfaitaire, certes moins avantageuse mais dont le montant est connu. De ce fait, le montant du

(1) Les personnes admises au bénéfice de cette allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant janvier 2006 peuvent continuer à la percevoir, tant qu'elles en remplissent les conditions d'attribution et qu'elles en expriment le choix, à chaque renouvellement des droits (« droit d'option »).

concours de la caisse a excédé en 2006 de près de 450 millions d'euros les dépenses effectives des départements.

La forte croissance du nombre de bénéficiaires et des dépenses au titre de cette prestation se poursuit cependant (dépenses prévisionnelles estimées à plus d'1,1 milliard d'euros pour 2010, soit un quasi doublement en deux ans) : le taux de couverture de ces dépenses par la CNSA, représentant 61 % en 2009, pourrait donc continuer à décroître.

• *Les concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie*

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, cette allocation vise à leur permettre de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Concernant à la fois les personnes âgées à domicile et celles résidant en établissement, elle est personnalisée au sens où elle affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire ⁽¹⁾. En juin 2009, plus d'1,1 million de personnes en bénéficiaient.

Alors que cette allocation a connu une augmentation de ses bénéficiaires de près 8% par an dans la décennie qui vient de s'écouler, comme l'a rappelé la secrétaire d'État chargée des aînés ⁽²⁾, les concours versés par la caisse, essentiellement issus d'une partie du produit de la contribution sociale généralisée, mais aussi de la contribution de solidarité pour l'autonomie, ont progressé régulièrement jusqu'en 2008. Comme l'a notamment souligné la Cour des comptes ⁽³⁾, la création de la CNSA a ainsi permis de « *consolider par des ressources définitives le concours de l'État aux départements pour le financement de cette allocation* ».

L'évolution des concours de la CNSA aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis 2004

(En millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Montant du concours	1 339	1 331	1 412	1 513	1 599	1 564	1 538

* Montant prévisionnel

Source : CNSA

Avec l'appui méthodologique et la diffusion des bonnes pratiques, du moins dans le secteur du handicap (cf. *infra*), la péréquation financière est le principal instrument de la CNSA pour favoriser l'égalité de traitement dans le champ de la compensation individuelle. Si les critères de cette péréquation sont fixés par la loi et

(1) L'APA peut ainsi être mobilisée pour financer toute une gamme de services tels que l'accueil de jour, l'aide ménagère, l'accueil temporaire, les aides techniques, pour la part non couverte par la sécurité sociale ou l'adaptation du logement.

(2) Audition du 19 mai 2010.

(3) Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *rapport public particulier de la Cour des comptes (juillet 2006)*.

leur pondération par décret, selon les modalités présentées ci-après, le conseil de la caisse doit donner son avis. La caisse peut également faire toute proposition au Parlement sur l'évolution des critères de répartition des concours.

La détermination du montant et des règles de répartition du concours de la CNSA au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

Le concours de la caisse aux départements, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), fait l'objet de versements d'acomptes mensuels et d'une régularisation opérée lorsque l'ensemble des données permettant de déterminer son montant et de calculer la répartition entre les départements sont définitivement connues. Le concours APA est retracé en section II du budget de la CNSA. Compte tenu de son mode de calcul, présenté ci-après, cette section est par principe en équilibre (dépenses = recettes).

Le montant du concours est déterminé sur la base des recettes de la CNSA qui sont affectées en tout ou partie à cette dépense : une fraction de 20 % du produit de la CSA ; une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG), comprise entre 88 % et 95 % (la fraction de CSG attribuée au concours APA a été fixée à 94 %) ; la participation des régimes d'assurance vieillesse.

Les modalités de répartition du concours de la CNSA aux départements sont fixés par la loi du 30 juin 2004 et précisées par le décret du 22 décembre 2004. Les critères de répartition du concours, qui font l'objet d'une pondération, sont les suivants : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, le potentiel fiscal de chaque département, le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et la dépense annuelle au titre de l'APA. L'application de ces critères est corrigée par un mécanisme ayant pour objet de plafonner le rapport entre la charge nette d'APA (dépenses-concours) et le potentiel fiscal du département, à un taux déterminé par arrêté interministériel, qui ne peut être supérieur à 30 % (le taux a été fixé à 30 % par l'arrêté du 16 novembre 2006).

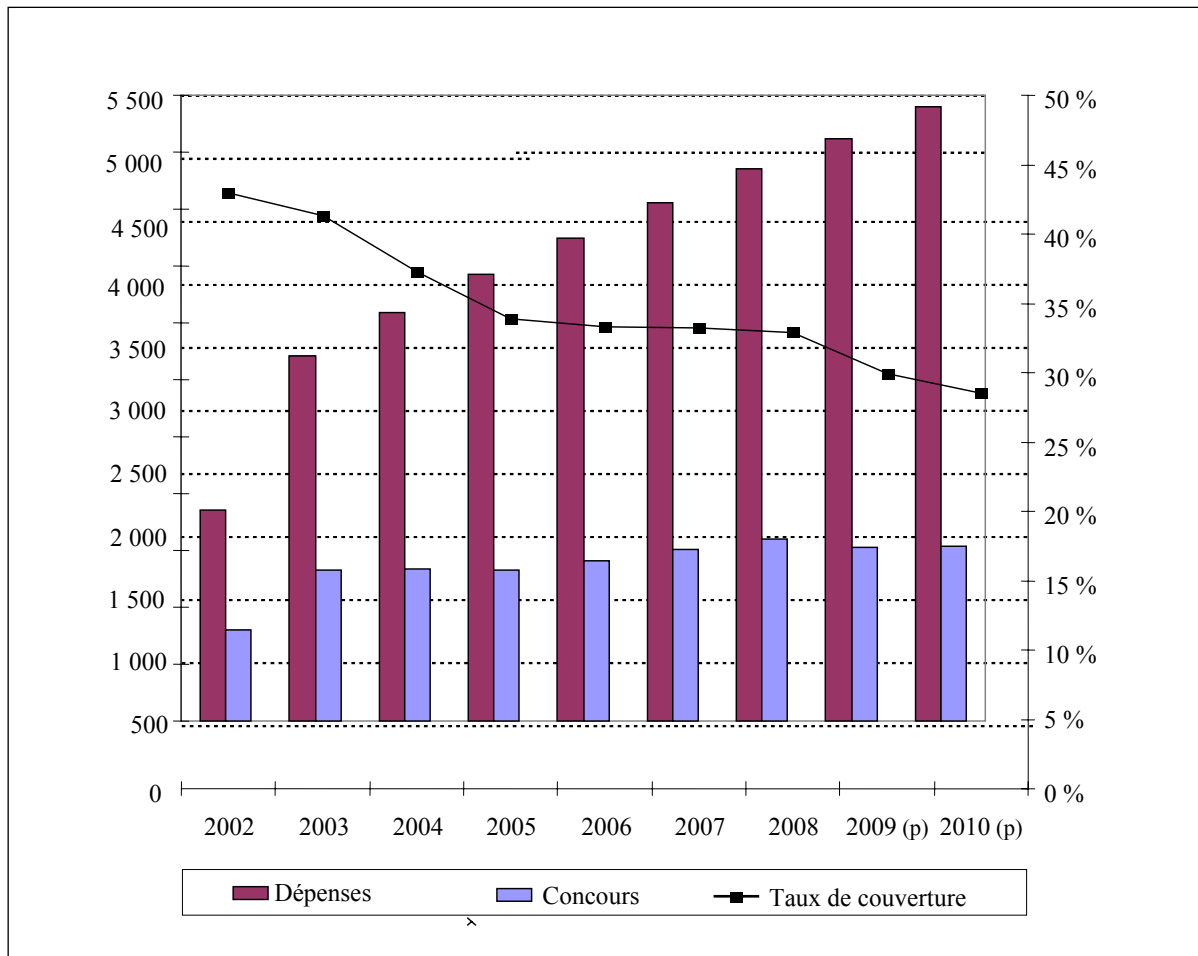
Plusieurs personnes entendues par la mission, en particulier les représentants des conseils généraux et de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée ⁽¹⁾, ont souligné l'existence d'un décalage croissant entre les rythmes de progression des concours de l'État et celui des prestations versées par les départements. Ancien responsable d'une mission de prospective sur la prise en charge des personnes âgées au sein du Conseil d'analyse stratégique, M. Stéphane Le Bouler ⁽²⁾ a ainsi évoqué un « *effet de ciseau redoutable* ».

(1) Audition du 19 janvier 2010 et tables rondes du 9 février 2010 et du 28 avril 2010.

(2) Audition du 15 décembre 2009.

L'évolution du taux de couverture nationale de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2010

(En millions d'euros et en pourcentage)



Source : CNSA

Le rapport de cette mission de prospective de juin 2006⁽¹⁾ soulignait ainsi que la dynamique des ressources de la CNSA ne garantissait pas que celle-ci puisse continuer d'assumer une part constante des dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées, en observant que les recettes de la caisse affectées aux concours aux départements progressent au rythme du produit intérieur brut, ce qui n'est pas le cas des projections de dépenses pour l'allocation personnalisée d'autonomie. Le ralentissement de l'activité économique, tel que celui intervenu en 2009, entraîne mécaniquement une diminution du rendement des recettes assises en grande partie sur la masse salariale. Il en résulte que le taux de couverture par la CNSA de l'allocation personnalisée d'autonomie est désormais inférieur à 30 %.

Outre ces deux prestations d'aide sociale, la CNSA apporte également un appui aux maisons départementales des personnes handicapées, placées sous la tutelle des départements (cf. *infra*), et dispose par ailleurs d'un levier financier significatif (78 millions d'euros en 2009) pour appuyer la professionnalisation de

(1) Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, *second rapport de la mission de prospective sur les équipements et services pour les personnes âgées dépendantes*, conduite par M. Stéphane Le Bouler, Centre d'analyse stratégique (juin 2006).

l'aide à domicile. La Cour des comptes a relevé à cet égard un effort accru pour soutenir la modernisation du secteur et dynamiser la gestion de ces ressources par la signature de conventions avec les départements et les associations et par la conclusion de partenariats avec les opérateurs nationaux de l'aide à domicile ⁽¹⁾, la caisse jouant en effet un double rôle de caisse et d'agence.

B. UNE AGENCE EXERÇANT UN RÔLE D'APPUI, D'EXPERTISE ET D'ANIMATION À TRAVERS UNE DÉMARCHE PARTENARIALE AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN

Au-delà de son rôle d'organisme collecteur et répartiteur de crédits, la CNSA assure une fonction importante d'agence, c'est-à-dire d'expertise, d'information et d'appui technique, en instaurant une articulation originale entre l'État et les départements, qui représentent le niveau de gestion le mieux adapté aux besoins très divers des personnes en perte d'autonomie. Comme l'a notamment souligné le délégué général de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée ⁽²⁾, « *cette administration a su se mettre à disposition des acteurs locaux* ». Son rôle d'appui est toutefois plus limité dans certains domaines.

1. La CNSA assure une fonction d'accompagnement des opérateurs visant à concilier équité de traitement et proximité de gestion

Comme l'a rappelé l'ancien président du conseil de la caisse, M. Alain Cordier ⁽³⁾, l'un des enjeux, exigeants, de la création de la CNSA était de définir un mode de gouvernance permettant de conjuguer le souci d'équité avec la proximité de la prise en charge des personnes. Dans le cadre de politiques semi-décentralisées, l'action de la caisse, dont les missions ont été progressivement élargies, peut ainsi apparaître d'autant plus nécessaire qu'elle constitue une « *tour de contrôle* », un « *maître des horloges, en contrepoint d'une organisation girondine* », selon la formule de M. David Causse, directeur du secteur sanitaire de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ⁽⁴⁾. Ce rôle d'animateur a été particulièrement salué concernant les maisons départementales des personnes handicapées.

a) Une extension progressive des missions de la caisse

Si la loi du 30 juin 2004 précitée prévoyait simplement que la CNSA « *a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire* », le champ de ses attributions s'est élargi au fil du temps, comme l'a rappelé M. Fabrice Heyriès, directeur général

(1) Audition du 15 décembre 2009.

(2) Audition du 19 janvier 2010.

(3) Audition du 7 avril 2010.

(4) Table ronde du 2 février 2010.

de la cohésion sociale⁽¹⁾. Ainsi, aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA est aujourd'hui chargée, outre ses fonctions de caisse :

– d'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie et pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

– d'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;

– de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques, qui visent à améliorer l'autonomie des personnes, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

– d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

– de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et des personnes handicapées ;

– de participer, avec les autres organismes compétents, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie et, enfin, d'assurer une coopération avec d'autres institutions étrangères.

Par ailleurs, deux nouvelles missions ont récemment été confiées à la caisse. 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 tout d'abord modifié les dispositions relatives à la section IV du budget de la caisse afin de lui permettre d'assurer le financement des dépenses de formation des aidants familiaux, question sur laquelle le plan Alzheimer pour 2008-2012 a fortement mis l'accent. En outre, la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 lui a confié la mission de réaliser une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils transmettent.

Pour exercer ces diverses missions, d'inégale importance, la CNSA a disposé, dans un premier temps, d'une équipe relativement resserrée, l'effectif total de la caisse étant à la fin 2009 de 96 équivalents temps plein. À cet égard, plusieurs

(1) Audition du 23 mars 2010.

personnes auditionnées par la mission ont rendu hommage au dynamisme des équipes de la caisse.

L'élargissement du champ des attributions de la caisse a permis de consolider l'orientation, profondément novatrice, de la loi de 2004, en rapprochant, au sein d'une même instance, les problématiques liées aux situations de vie où l'autonomie est altérée, quelle qu'en soit la cause (la vieillesse ou le handicap), comme l'a rappelé l'ancien président du conseil⁽¹⁾, et en réunissant les deux dimensions médicales et médico-sociales dans la prise en charge de la personne (« to cure » et « to care » : soigner et prendre soin).

Il marque également le souci de conforter l'expertise technique mais aussi la transparence dans le champ médico-social, celle-ci pouvant apparaître comme la contrepartie d'un système décentralisé, ainsi que l'a suggéré l'ancien directeur de la caisse, M. Denis Piveteau⁽²⁾. En tout état de cause, la CNSA « *a conquis la légitimité pour exercer ce rôle* » d'opérateur national intervenant en appui dans la mise en œuvre de politiques de proximité, selon les termes de Mme Hélène Gisserot⁽³⁾. C'est tout particulièrement le cas concernant les maisons départementales des personnes handicapées.

b) Un important appui au développement et à l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées

Instituées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 précitée, les maisons départementales des personnes handicapées exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.

Structures partenariales dotées du statut de groupement d'intérêt public, elles associent l'État, les départements, les caisses locales de sécurité sociale et les associations représentatives des personnes handicapées. Elles sont placées sous la tutelle administrative et financière des départements. La personne est au cœur du dispositif : elle exprime son projet de vie, ses besoins sont évalués par une équipe pluridisciplinaire et ses droits sont reconnus par la commission des droits et de l'autonomie.

Lieu unique d'accueil destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées, la maison offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. Elle a huit missions principales : informer et accompagner les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution ; organiser l'équipe pluridisciplinaire, qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap ; assurer l'organisation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes

(1) Audition du 7 avril 2010.

(2) Audition du 12 janvier 2010.

(3) Audition du 15 décembre 2009.

handicapées et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap ; recevoir toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de cette commission ; organiser une mission de conciliation par des personnes qualifiées ; assurer le suivi de la mise en œuvre des décisions prises, organiser des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigner en son sein un référent pour l'insertion professionnelle ; mettre en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

La CNSA contribue tout d'abord au fonctionnement des maisons départementales à travers un soutien financier, qui a représenté 60 millions d'euros en 2009, contre 30 millions d'euros en 2007. Les responsables de maisons départementales des personnes handicapées entendus par la mission⁽¹⁾ ont souligné l'importance de ce concours, régulier, apporté par la caisse, en rappelant également les difficultés, notamment financières, rencontrées par les maisons départementales, du fait de l'instabilité des personnels et de l'hétérogénéité de leurs statuts ainsi que de l'absence de compensation de postes par l'État, en cas d'absence ou de cessation de la mise à disposition de fonctionnaires d'État⁽²⁾.

La loi prévoit que le versement du concours de la caisse relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue conformément à une convention conclue avec chaque département et visant, aux termes de la loi, à « *définir des objectifs de qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs* ». Les conventions départementales, dont le modèle-type a été approuvé par le conseil de la CNSA en mars 2009, constituent ainsi un véritable outil partenarial au service de l'égalité de traitement.

Après le levier financier, les missions d'appui et d'animation constituent le second levier de la caisse pour veiller à l'égalité de traitement des demandes de compensation, en promouvant notamment les échanges d'expériences et d'informations entre les maisons départementales ainsi que la diffusion des bonnes pratiques. La directrice de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie de la CNSA, Mme Bernadette Moreau⁽³⁾ a présenté les différents outils que la caisse a conçus et fait vivre afin d'apporter un appui aux départements dans ce domaine. L'animation du réseau des maisons départementales comprend par exemple l'organisation des « jeudis de la compensation » (cf. l'encadré ci-dessous), de deux rencontres annuelles des directeurs des maisons – à laquelle l'un des directeurs entendus par la mission cependant regretté que ne soit pas représentée la

(1) *Audition du 19 janvier 2010 de Mme Christine Dupré, présidente de l'Association des directeurs des maisons départementales des personnes handicapées, et table ronde du 28 avril 2010 avec notamment les directeurs des maisons départementales des Ardennes et du Calvados.*

(2) *Sur ce point, cf. l'avis n° 1199 de Mme Bérengère Poletti, « Handicap et dépendance », au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2009 (16 octobre 2008).*

(3) *Audition du 7 avril 2010.*

direction générale de la cohésion sociale ⁽¹⁾ – ou encore l'élaboration d'un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers, proposé aux maisons départementales.

Un exemple concret d'animation du réseau par la CNSA : les « jeudis de la compensation », douze journées d'échanges pour faire émerger des bonnes pratiques

Depuis 2006, la caisse accompagne les maisons départementales des personnes handicapées dans la mise en place de leurs missions en identifiant et en diffusant les pratiques dans le cadre de réunions mensuelles thématiques ouvertes à une quinzaine de professionnels des maisons. Ces « jeudis pratiques de la compensation » permettent d'explicitier les règles applicables et dégager des solutions pratiques à partir de cas réels que les maisons départementales ont à traiter ainsi que de souligner les difficultés persistantes d'application de la réglementation. En 2009, 118 personnes représentant 56 maisons différentes ont participé aux douze réunions proposées [concernant par exemple les thèmes suivants :] le projet de vie, la formation professionnelle des personnes handicapées, l'accueil et la communication de la maison, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap - enfants [...].

Source : CNSA (rapport d'activité 2009)

L'action engagée par la caisse afin d'apporter un appui à la constitution des maisons départements et d'animer leur réseau a été saluée par de nombreuses personnes auditionnées par la mission. Certains représentants des associations de personnes handicapées ⁽²⁾ ont cependant fait part de leur souhait d'un renforcement des prérogatives de la CNSA vis-à-vis des maisons départementales en vue, par exemple, d'accroître la transparence de l'utilisation et des résultats des questionnaires de satisfaction des usagers. D'autres en revanche ont considéré que la caisse a su apporter un appui efficace aux maisons départementales et gagner progressivement la confiance de ses interlocuteurs – ce dont témoigne par exemple l'évolution du dispositif de mesure de la satisfaction des usagers, présenté ci-dessus – en évitant le « piège politique » qui aurait consisté à braquer les départements, légitimement soucieux de leur autonomie de gestion.

Le dispositif de mesure de satisfaction des usagers des maisons départementales des personnes handicapées

L'esprit de la loi du 11 février 2005 et le nouveau concept du projet de vie placent l'expression de l'utilisateur comme une priorité ce qui induit naturellement la création d'un dispositif innovant permettant de recueillir son avis. Ce dispositif conçu de manière participative avec trente associations et vingt maisons départementales a été initié par la CNSA en 2006 pour doter les commissions exécutives d'un « baromètre » unique et partagé par l'ensemble des partenaires d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ce « baromètre », véritable dispositif fourni clef en main à chaque MDPH, lui permet de disposer d'une mesure de l'évolution de la satisfaction exprimée par les usagers. Il se compose de : un questionnaire unique (au format papier et électronique) ; un traitement gratuit des réponses, externalisé à un prestataire ; une restitution trimestrielle à chaque département, par ce prestataire, de l'analyse des réponses reçues sous format de

(1) Table ronde du 28 avril 2010.

(2) Table ronde du 12 janvier 2010.

graphiques pour chacune des huit missions de la MDPH et d'un fichier de verbatim des réponses aux trois questions ouvertes contenues dans le questionnaire. Son utilisation a démarré depuis janvier 2007. Le déploiement actuel concernant 60 MDPH indépendamment de leur taille et localisation géographique a permis le traitement de plus de 16 000 questionnaires entre 2007 et fin 2009.

Les restitutions trimestrielles fournies par le prestataire sont destinées au pilotage local de la MDPH et ne donnent pas lieu à la communication d'une analyse comparative interdépartementale. [Elles sont envoyées] par mail et ont pour objectif de doter les membres de la commission exécutive de la MDPH d'éléments objectifs, partagés et réactualisés en permanence. En 2009, la CNSA a renouvelé pour trois ans, avec chacun des cent départements, la convention d'appui à la qualité de service, qui comporte un article relatif à cette expression de la satisfaction des usagers de la MDPH. Au travers de cette convention, il a été proposé pour la première fois à chaque MDPH de recevoir les résultats nationaux en complément des résultats de son département. Une très large majorité des départements s'y sont déclarés favorables. La CNSA diffusera également les analyses graphiques détaillées du premier trimestre 2010 aux membres du conseil sous le nouveau format qui présentera les tendances d'évolution de la satisfaction des usagers. La première diffusion sera organisée fin juin 2010 pour tenir compte des délais de traitement et des nouveaux états de restitutions conçus avec le prestataire. (...) Ce dispositif est un outil de pilotage interne aux MDPH.

Source : CNSA

Ainsi, selon le président du Conseil national consultatif des personnes handicapées, M. Patrick Gohet ⁽¹⁾, le pari gagné de la CNSA est d'avoir su être le « *compagnon de route* », et non le tuteur des maisons départementales.

2. Le rôle d'appui et d'animation de la CNSA est toutefois limité dans certains domaines

L'action de la CNSA au titre de sa fonction d'agence semble aujourd'hui moins importante qu'elle ne pourrait l'être en raison, d'une part, de son insertion dans un dispositif institutionnel déjà très complexe et, d'autre part, de ses prérogatives et de son rôle plus restreints dans le champ des personnes âgées.

a) Du fait de son insertion dans un dispositif institutionnel complexe

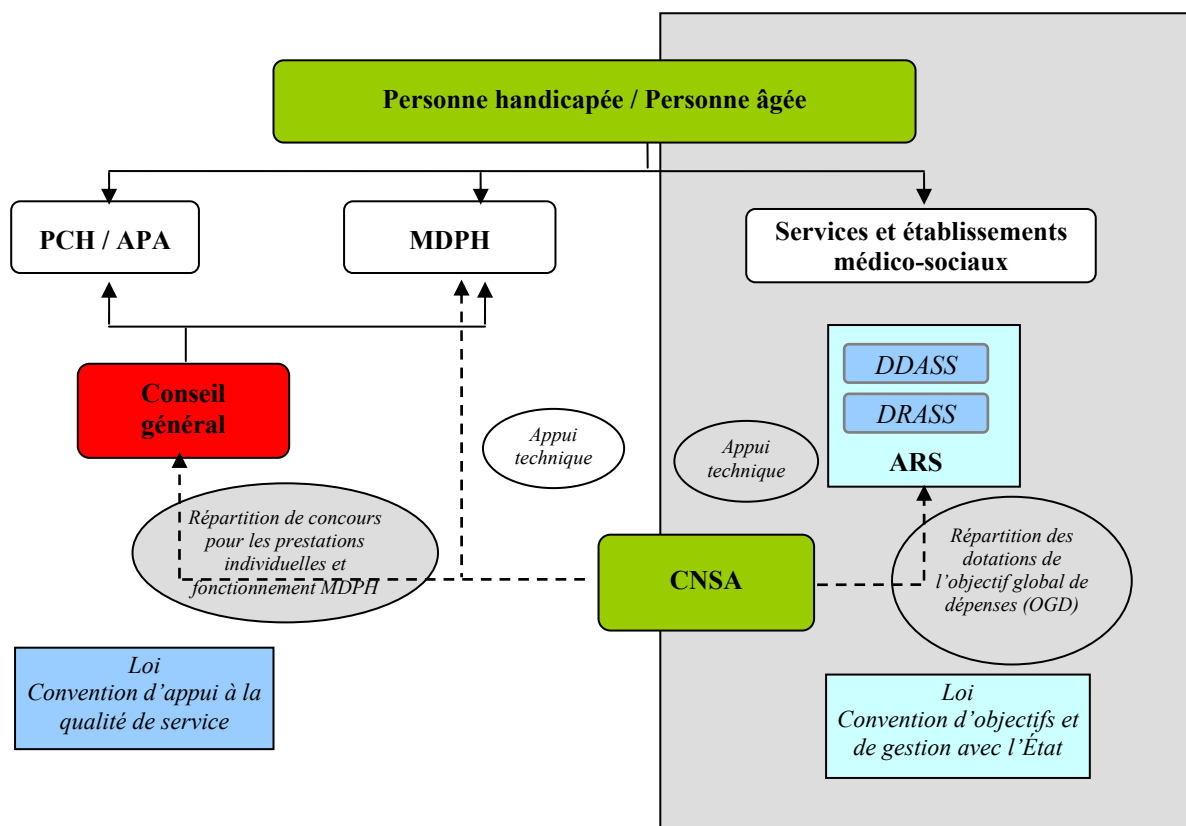
Contrairement aux organismes de sécurité sociale, la CNSA ne dispose pas d'un réseau de caisses locales, mais intervient en s'appuyant sur des opérateurs autonomes, sur lesquels elle n'a aucun pouvoir hiérarchique. Il s'agit tout d'abord des services déconcentrés de l'État, c'est-à-dire les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales – désormais remplacées par les agences régionales de santé – qui interviennent en matière de programmation des moyens, d'autorisation et de tarification des établissements et services médico-sociaux, dans le cadre des dotations déléguées par la caisse.

Les conseils généraux constituent le deuxième relais de terrain de l'action de la CNSA. Ils disposent en effet de larges compétences dans le champ médico-

(1) *Audition du 6 avril 2010.*

social notamment en matière de planification des besoins, à travers l'élaboration des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. La loi prévoit ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale » et qu'il « coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ⁽¹⁾ ». Conformément au principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales, les départements disposent d'une autonomie de gestion et la caisse ne peut leur adresser d'instructions.

Le positionnement de la CNSA : une caisse nationale intervenant à travers un réseau d'opérateurs autonomes



MDPH : maisons départementales des personnes handicapées / APA : allocation personnalisée d'autonomie / PCH : prestation de compensation du handicap / ARS : agence régionale de santé

Source : CNSA

L'action de la CNSA s'inscrit par ailleurs dans un paysage institutionnel relativement dense. Celle-ci doit en effet s'articuler avec les compétences d'autres acteurs, en particulier les organismes de sécurité sociale (caisses nationales et locales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, Agence centrale des organismes de sécurité sociale), les organismes consultatifs (tels que le Conseil national consultatif des personnes handicapées et le Comité national des retraités et des personnes âgées), les agences (par exemple, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et l'Agence nationale de

(1) Article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles.

l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) ainsi que le Comité interministériel du handicap.

Ce positionnement n'est cependant pas exempt d'ambiguïtés. En effet, l'éclatement des responsabilités entre les acteurs, qui soulève également des interrogations concernant les moyens réels dont dispose la CNSA pour l'exercice de ses missions, jugés parfois trop limités, peut apparaître source de confusion ou de difficultés de pilotage, concernant en particulier la gestion des moyens dédiés aux établissements et services médico-sociaux (cf. *infra*).

Le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes a d'ailleurs rappelé que, peu de temps après la mise en place de la caisse, la cour avait salué « *l'engagement de modes de collaboration innovants entre les services territoriaux de l'État, les départements et les partenaires associatifs* », mais avait aussi émis « *des doutes sur la lisibilité de l'insertion de la nouvelle caisse dans un dispositif institutionnel déjà très complexe* », ce qu'illustre par exemple le schéma présenté ci-après concernant le seul champ des personnes âgées dépendantes.

Dans ce contexte, la CNSA s'est d'abord positionnée en partenaire, voire en prestataire de services, qui, à défaut de pouvoir contraindre, a d'abord cherché à convaincre. C'est là, sans doute, que résident à la fois son originalité, sa valeur ajoutée, mais aussi ses limites par rapport à d'autres organismes de protection sociale. C'est particulièrement le cas dans le domaine des personnes âgées.

b) Du fait de son champ d'action et de son appui plus restreints dans le secteur des personnes âgées

Comme l'ont notamment souligné MM. Cédric Puydebois et Michel Laroque⁽¹⁾, membres de l'inspection générale des affaires sociales et auteurs d'un rapport récent sur l'allocation personnalisée d'autonomie⁽²⁾, l'approche et l'implication de la CNSA diffèrent assez sensiblement dans le champ des personnes âgées et dans celui des personnes handicapées, où son rôle d'appui et d'animation est clairement plus affirmé et reconnu.

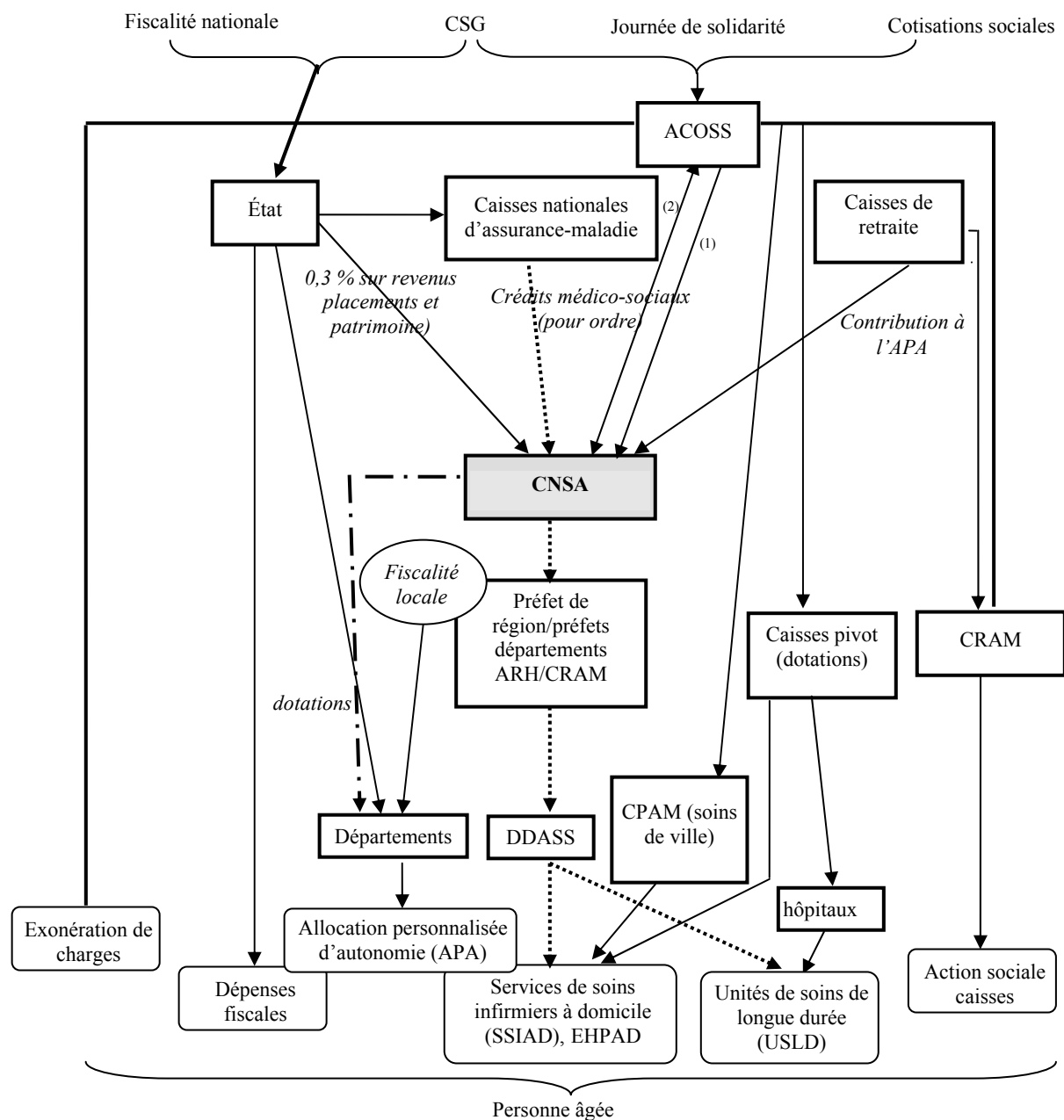
Ceci résulte tout d'abord des termes mêmes de la loi, qui confie à la caisse une mission de promotion des échanges d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées, ainsi que de diffusion des bonnes pratiques. La loi prévoit également, par exemple, la mise en place d'un système d'information permettant la transmission de données à la CNSA par les maisons départementales⁽³⁾.

(1) *Audition du 3 mai 2010.*

(2) *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, rapport de M. Michel Laroque, de M. Cédric Puydebois et de Mme Annie Fouquet, membres de l'inspection générale des affaires sociales (juillet 2009).*

(3) *La mise en place de ce système d'information et le contenu des données qu'il doit permettre de recueillir sont précisés par l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles.*

La complexité des circuits de décision et de financement concernant les personnes âgées dépendantes



Légende

-► Décision de répartition des crédits
- Circuit des financements (pour la sécurité sociale, régime général seul)
- Recettes de la journée de solidarité et part de CSG portant sur les rémunérations : ⁽¹⁾
- Contribution de la CNSA au financement des établissements et services médico-sociaux : ⁽²⁾
- - -► Flèche rajoutée au schéma de la Cour des comptes pour retracer les concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

CSG : contribution sociale généralisée

Source : Les personnes âgées dépendantes, rapport de la Cour des comptes (novembre 2005)

En revanche, des dispositions analogues ne sont pas prévues pour les personnes âgées, et en particulier les centres locaux d'information et de coordination des équipes médicosociales chargées d'élaborer le plan d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'animation et constituent des guichets uniques d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées.

Par ailleurs, l'affirmation du rôle d'animateur de la CNSA a été facilitée par le fait que les maisons départementales des personnes handicapées ainsi que la prestation de compensation du handicap ont été créées après la mise en place de la caisse, tandis que les structures et les allocations en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes, gérées par les départements, lui préexistaient.

Nonobstant ces deux réserves importantes, l'action de la caisse aurait pu, sans doute, être un peu plus importante dans ce domaine, dans le cadre de ses missions telles qu'elles sont actuellement définies par la loi, notamment en matière de contrôle financier, selon certaines personnes entendues par la mission.

C'est tout particulièrement le cas s'agissant de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie.

En effet, comme l'a rappelé le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes ⁽¹⁾, celle-ci a avait souligné en 2005 ⁽²⁾ les risques de financement irrégulier – à travers les concours apportés par la caisse au titre de la péréquation – de départements appliquant une politique plus généreuse que celle prévue par les textes. Il apparaît que ce risque s'est matérialisé ⁽³⁾, par exemple, dans l'Aude : ainsi, un trop perçu du département en matière de péréquation a été constaté à hauteur de 13 millions d'euros et a donné lieu à une décision de récupération de la CNSA. Le département versait en effet une prestation plus importante que prévu par les textes en vigueur et avait cru pouvoir faire prendre en charge ces dépenses facultatives par la péréquation nationale, *via* la CNSA. Le président de la cinquième chambre a dès lors jugé nécessaire l'extension des contrôles effectués par la caisse dans ce domaine.

Les auteurs du rapport précité de juillet 2009 sur l'allocation personnalisée d'autonomie ont dressé un constat analogue, en soulignant la nécessité de mieux identifier, au niveau budgétaire, les dépenses relevant de choix du conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'allocation (allocation personnalisée d'autonomie « extraréglementaire »).

De plus, la péréquation financière mise en œuvre par la CNSA n'a pas permis de prévenir les risques de disparités territoriales. Elles concernent la conception des plans d'aide, les règles d'attribution de la prestation, l'organisation

(1) *Audition du 15 décembre 2009.*

(2) *La prise en charge des personnes âgées dépendantes, rapport public particulier de la Cour des comptes (novembre 2005).*

(3) *La prise en charge des personnes âgées dépendantes, partie II relative aux suites données aux observations des juridictions financières du rapport public annuel de la Cour des comptes (février 2009).*

des équipes médico-sociales ou encore le contrôle de l'effectivité des plans d'aide⁽¹⁾. Ces disparités de traitement ont aussi une traduction financière, qu'il s'agisse du montant mensuel moyen des plans d'aide attribués pour les bénéficiaires résidant à domicile ou, plus encore, de la participation des bénéficiaires, en particulier les plus dépendants⁽²⁾.

Enfin, comme l'ont souligné MM. Cédric Puydebois et Michel Laroque, une nomenclature commune fait défaut concernant les diverses données statistiques dans le domaine de l'aide à l'autonomie des personnes âgées. Ainsi, en l'absence de compétences spécifiques dans le domaine des personnes âgées autres que la compensation financière partielle, la CNSA n'organise pas la cohérence des données comme elle le fait dans le secteur des personnes handicapées.

C. UN MODE DE GOUVERNANCE ORIGINAL PERMETTANT D'ASSOCIER L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNÉS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE D'AIDE À L'AUTONOMIE

Le directeur de la CNSA est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. À ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et rend compte au conseil de la gestion de la caisse. La caisse est par ailleurs dotée d'un conseil, qui n'est pas un conseil d'administration, aux termes de la loi, même s'il en a plusieurs des attributions. Il constitue une instance de gouvernance moderne, originale et exigeante, qui présente plusieurs spécificités, concernant tant sa composition que son fonctionnement.

1. Par sa composition, le conseil de la CNSA est à la fois singulier et pluriel

Du fait de la composition doublement atypique de son conseil, la CNSA n'est ni une caisse de sécurité sociale fondée sur un paritarisme strict, ni un établissement public dans lequel l'État serait à lui seul majoritaire.

a) Ni une caisse de sécurité sociale fondée sur un paritarisme strict

Le conseil de la CNSA comporte quarante-huit membres, parmi lesquels figurent classiquement les partenaires sociaux, soit cinq représentants des confédérations syndicales de salariés et trois représentants des employeurs.

Sa composition est cependant beaucoup plus large que celle des caisses nationales de sécurité sociale, à la fois en termes de diversité et de nombre de membres⁽³⁾ et, contrairement à celles-ci, l'État n'est pas représenté auprès du

(1) Audition du 15 décembre 2009 du président de la cinquième chambre de la Cour des comptes.

(2) La part restant à la charge des bénéficiaires en GIR 1 dans le Territoire de Belfort est ainsi de 88 euros par mois, de 149 euros dans le Calvados et de 156 euros en moyenne au niveau national.

(3) Les conseils des Caisses nationales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAMTS et CNAVTS) comptent respectivement trente-cinq membres et trente membres.

conseil par un commissaire du Gouvernement. Le conseil de la caisse réunit en effet cinq autres catégories de membres : les représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, des conseils généraux, de l'État (essentiellement des directeurs d'administration centrale), de personnalités et d'institutions choisis en raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la caisse, des parlementaires ainsi que des personnalités qualifiées, ces dernières étant choisies par le Gouvernement (cf. le tableau sur la composition du conseil en annexe n° 4 du rapport). Le président du conseil est élu parmi les personnalités qualifiées.

Cette composition permet ainsi de concilier l'exigence d'une régulation nationale confiée à l'État avec la responsabilité des élus, dans le cadre de politiques assez largement décentralisées dans le domaine social, la force d'initiative des associations et des partenaires sociaux ainsi que l'expertise des institutions représentées en son sein et des personnalités qualifiées. Saluant une « *forme de originale de gouvernance démocratique* », le délégué général de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée, M. Jean-Louis Sanchez ⁽¹⁾, a d'ailleurs évoqué la possibilité éventuelle de s'en inspirer pour des branches de sécurité sociale, du fait notamment de l'évolution des ressources de la sécurité sociale.

Ce mode de gouvernance atypique traduit également le rôle historiquement important des associations dans le secteur médico-social et s'enracine surtout dans les circonstances mêmes de la création de la CNSA. En effet, le drame de la canicule de l'été 2003 a fait émerger le sentiment que l'accompagnement de la perte d'autonomie requérait un effort partagé de l'ensemble de la Nation, que matérialise depuis lors la journée de solidarité. La volonté d'élargir la composition du conseil aux élus ainsi qu'aux représentants des milieux associatifs traduisait sans doute également le souci de garantir la transparence de l'affectation des fonds issus de la solidarité au profit des personnes âgées ou handicapées.

b) Ni une agence administrative dans laquelle l'État serait à lui seul majoritaire

La seconde originalité du conseil de la CNSA réside dans le système de pondération des voix en son sein, prévu par l'article R. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles. Il en résulte que les dix représentants de l'État disposent de 37 voix, soit 44,5 % de l'ensemble des voix au conseil. Ainsi, contrairement à la situation qui prévaut habituellement dans d'autres établissements publics, l'État ne dispose pas à lui seul d'une majorité absolue.

Selon la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la caisse pour 2006-2010, cette situation traduit le choix opéré par l'État « *de partager avec l'ensemble des acteurs concernés la mise en œuvre de la politique de lutte contre la perte d'autonomie* ». Le conseil de la CNSA doit ainsi être le lieu où se confrontent, dans une perspective de construction et de pilotage d'un

(1) Audition du 19 janvier 2010.

nouveau dispositif de solidarité, les projets, les attentes ainsi que les contraintes de tous ceux qui y participent. Au sein du conseil, l'État, les départements, les syndicats, les grandes institutions et surtout les usagers eux-mêmes devaient ainsi être en mesure de dégager, par le consensus et le compromis, les étapes concrètes d'un engagement collectif en faveur d'une solidarité accrue à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées.

Devant la mission, a été soulignée à plusieurs reprises la complexité de ce système de pondération des voix – une majorité de membres ne faisant pas nécessairement une majorité de voix –, mais certains ont salué l'équilibre qui a présidé à la composition très large du conseil ainsi que le souci, à travers ce système, d'éviter à la fois que l'État « écrase le système », mais aussi des situations de blocage.

Marquant la volonté d'associer l'ensemble des acteurs concernés et de promouvoir l'appropriation collective de choix responsables, la composition singulière du conseil explique également le rôle majeur d'espace public qu'il joue, mais aussi que, dans certaines circonstances, ce mode de gouvernance, exigeant et profondément innovant, s'est avéré plus difficile à faire vivre.

2. Le Conseil de la CNSA joue un rôle majeur d'information et d'espace public, sinon de véritable « Parlement du médico-social »

Troisième singularité du conseil de la caisse, celui-ci exerce un double rôle de concertation et de décision. Plusieurs personnes entendues par la mission ont cependant fait part de leurs inquiétudes concernant son fonctionnement.

a) Une double mission de concertation et de décision

Organe de gouvernance de la caisse, le conseil est tout d'abord chargé de délibérer sur son budget, d'adopter le rapport d'activité et de se prononcer notamment sur les priorités de la caisse dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion qui la lie à l'État (cf. l'encadré ci-après).

Les missions du conseil de la CNSA

En vertu de l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles, le conseil détermine, par ses délibérations, la mise en oeuvre des orientations de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre la caisse et l'État ainsi que celles des conventions avec les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il détermine également les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions conclues avec les départements, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

Le conseil définit par ailleurs les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses relevant de l'objectif global de dépenses ainsi que les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers,

qui œuvrent dans son champ de compétence. En outre, le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en oeuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il délibère également, sur proposition du directeur, sur les comptes prévisionnels de la caisse ainsi que sur le rapport annuel de la caisse au Parlement et au Gouvernement.

Le conseil de la CNSA est également un espace d'échanges sur la politique d'aide à l'autonomie, sinon une forme de « Parlement du médico-social », selon la formule de M. Alain Villez⁽¹⁾, représentant de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS). Il n'est d'ailleurs pas sans présenter certaines analogies avec le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui constitue également un lieu de débat, d'informations et de propositions. À cet égard, de nombreuses personnes auditionnées par la mission ont souligné la richesse et la qualité des informations délivrées aux membres du conseil. En témoigne, par exemple, la volonté exprimée par une partie de ses membres regroupés au sein du « GR 31 » – qui regroupe les organisations représentant ou intervenant auprès des personnes âgées et handicapées – ainsi que par les partenaires sociaux, qui n'avaient pas souhaité prendre part au vote du budget de la CNSA en mars 2009, de saluer cependant « *la bonne gestion de la Caisse, la transparence de l'information et la qualité des documents fournis par la direction de la CNSA* »⁽²⁾.

Comme l'a notamment rappelé M. Alain Cordier, ancien président du conseil⁽³⁾, ce rôle d'espace public s'exprime notamment lors de l'élaboration du rapport d'activité de la caisse, qui doit être remis chaque année au Parlement et au Gouvernement et présenter, aux termes de la loi, « *un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire* » et comporter « *le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire* ». C'est dans ce cadre que le conseil a adopté en 2007 à l'unanimité (moins une abstention) un chapitre de son rapport annuel dessinant les contours d'un cinquième risque de protection sociale et offrant une vision partagée sur les modalités possibles de sa gouvernance.

La CNSA constitue ainsi « *une réelle instance de débat* », comme l'a souligné la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, Mme Nadine Morano⁽⁴⁾. À cet égard, de nombreuses personnes auditionnées par la mission ont rendu hommage au tandem constitué par les premiers directeur et président du conseil de la caisse, MM. Denis Piveteau et Alain Cordier, dans la mise en place de cette nouvelle instance, et souligné que « *la CNSA est aussi un pari collectif* », et « *un pari qui n'était pas gagné à l'avance* », au regard notamment des intérêts divergents représentés au conseil et du dialogue à nouer entre l'État, les départements et les représentants d'organismes et de la société civile.

(1) Table ronde du 2 février 2010.

(2) Communiqué de presse de la CNSA du 1^{er} avril 2009 à la suite à la réunion du conseil du 31 mars 2009.

(3) Audition du 7 avril 2010.

(4) Audition du 19 mai 2010.

b) Des inquiétudes récentes sur son fonctionnement et le rôle de l'État

Plusieurs personnes auditionnées par la mission ont néanmoins souligné le nombre important de membres du conseil, n'ayant de surcroît pas le même niveau d'informations. Selon certains, cette situation ne permet pas toujours un débat approfondi au cours des réunions du conseil, au nombre de trois par an en moyenne.

La question de la représentation et du rôle des financeurs au sein du conseil a également été évoquée. En effet, les départements disposent de six représentants sur quarante-huit membres du conseil, ce qui a pu être jugé insuffisant au regard de leur rôle important dans la prise en charge de la compensation de la perte d'autonomie⁽¹⁾. Leurs dépenses représentent en effet près de dix milliards d'euros, soit 20 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale (cf. *supra*, le tableau présenté plus haut). En outre, il n'y a pas de représentant des organismes de sécurité sociale au sein du conseil, à l'exception de la Mutualité sociale agricole⁽²⁾.

Le positionnement de l'État, par nature hybride puisqu'il est à la fois membre, comme les autres acteurs, du conseil de la caisse mais aussi son autorité de tutelle, soulève également des interrogations. Celles-ci sont tout d'abord liées au nombre important de ses représentants, au nombre de dix. En tout état de cause, comme l'a souligné la directrice générale de l'offre de soins, Mme Annie Podeur⁽³⁾, il est clair que l'État doit parler d'une même voix.

En outre, plusieurs membres du conseil, en particulier des responsables syndicaux et associatifs ainsi que des représentants d'organismes et d'institutions intervenant dans le champ de compétence de la caisse, ont fait part de leurs inquiétudes quant à la prédominance de l'État et ce qui a été perçu comme une dégradation du dialogue social, sinon une logique d'affrontement opposant, schématiquement, les représentants de l'État aux autres membres du conseil. Plusieurs membres du conseil ont ainsi voté pour la première fois contre le budget de la caisse, en novembre 2009. Par ailleurs, comme l'a rappelé l'un des représentants des syndicats de salariés⁽⁴⁾, il y a eu en 2009 une vacance de plus de six mois de la présidence du conseil, liées aux retards de désignation des personnalités qualifiées par l'État, ce qui a pu donner crédit à l'idée que la caisse pouvait fonctionner sans son conseil.

La dernière réunion du conseil, en mars 2010, a cependant marqué une certaine forme d'apaisement : en effet, les organisations syndicales représentant les salariés, les membres du GR 31 et certains conseils généraux n'ont pas pris part au vote du budget et, symétriquement, l'État ne s'est pas opposé à l'adoption d'une motion présentée par des membres du conseil.

(1) Table ronde du 9 février 2010.

(2) La présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est certes membre du conseil, mais en tant que représentante de la Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC).

(3) Audition du 28 avril 2010.

(4) Table ronde du 26 janvier 2010.

En tout état de cause, la création de la CNSA a incontestablement marqué un progrès et permis d'accompagner la mobilisation de moyens accrus en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Son conseil n'en a pas moins été le théâtre de débats et de certaines tensions, concernant en particulier la sous-consommation des crédits et l'utilisation des excédents de la caisse.

II.- LA SOUS-CONSOMMATION PERSISTANTE DES CRÉDITS DE LA CNSA APPARAÎT TOUTEFOIS PRÉOCCUPANTE AU REGARD DES BESOINS DE FINANCEMENT DU SECTEUR

Depuis sa création, la CNSA a dégagé d'importants excédents, représentant près de deux milliards d'euros, ce qui a légitimement suscité certaines interrogations, au regard notamment des besoins de financement dans le secteur médico-social, mais aussi de la restitution de crédits non consommés à l'Assurance maladie intervenue à l'automne 2009. Il apparaît dès lors nécessaire, d'une part, de faire de toute lumière sur la nature et l'utilisation de ces excédents et, d'autre part, d'en examiner les facteurs explicatifs.

A. LA CNSA A DÉGAGÉ D'IMPORTANTES EXCÉDENTS DEPUIS SA CRÉATION

La section I du budget de la caisse, qui retrace l'objectif global de dépenses et correspond au financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (essentiellement des dépenses de personnels), est la principale productrice d'excédents, du fait de son importance relative dans le budget de la caisse (82 %) ⁽¹⁾.

1. La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses a représenté au total près de deux milliards d'euros

Rendus visibles par la création de la CNSA, ses excédents résultent essentiellement de la sous-consommation des dotations destinées aux établissements et services pour personnes âgées. Si ce phénomène peut apparaître compréhensible, du moins dans une certaine proportion, l'importance des crédits concernés ainsi que celle des besoins de financement sur le terrain expliquent les multiples questions qu'il a fait naître.

a) Des excédents concentrés sur les établissements et services pour personnes âgées et rendus visibles par la création de la caisse

La sous-consommation des crédits de la section I du budget de la CNSA correspond à l'écart entre le montant de l'objectif global de dépenses, fixé par arrêté, et les versements effectués par les caisses d'assurance maladie aux établissements et services médico-sociaux. Comme l'ont indiqué les membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et auteurs du rapport précité sur la consommation des crédits soumis à cet objectif ⁽²⁾, les excédents cumulés de la caisse, de 2006 à 2008, se sont élevés à 1,3 milliard d'euros, auxquels il convient

(1) La section IV du budget (actions innovantes, renforcement de la professionnalisation des métiers de services) a également dégagé un excédent en 2009, mais d'un montant plus faible (50 millions d'euros).

(2) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport conjoint des inspections générales des affaires sociales et des finances, publié en mars 2010 (audition du 31 mars 2010).

d'ajouter la sous-consommation antérieure à sa mise en place effective ⁽¹⁾, qui représente 4,4 millions d'euros en 2004 et 495,2 millions d'euros pour 2005, soit un total d'un peu plus de 1,8 milliards d'euros sur cinq ans.

Les excédents sont concentrés sur le secteur des personnes âgées, comme l'indique le tableau ci-dessous. À l'inverse, l'exécution des crédits soumis à l'objectif global de dépenses concernant le secteur des personnes handicapées s'est caractérisée par une surconsommation, allant de 30 à 50 millions d'euros par an depuis 2007. Plus préoccupant encore, le rapport précité des inspections générales a mis en évidence l'existence d'une impasse de financement concernant le secteur des personnes handicapées, c'est-à-dire d'engagements futurs non couverts ⁽²⁾, à hauteur de 146 millions d'euros en 2009.

La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses de 2006 à 2008

(En millions d'euros)

	2006			2007			2008			Total cumulé 2006/2008
	PH	PA	Total	PH	PA	Total	PH	PA	Total	
Montant de l'objectif	6 834	4 982	11 816	7 232	5 688	12 920	7 654	6 612	14 266	39 002
Montant des versements par l'Assurance maladie	6 738	4 692	11 430	7 290	5 201	12 491	7 684	6 073	13 757	37 678
Écart entre l'objectif et les versements (excédents)	96	290	386	- 58	487	429	- 30	539	509	1 324

PH : montant concernant les personnes handicapées / PA : montant concernant les personnes âgées

Source : Chiffres CNSA retraités par la mission conjointe des inspections générales des finances et des affaires sociales sur La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (fin mars 2010)

Il convient néanmoins de rappeler qu'avant la création de la CNSA, les excédents correspondant à la sous-consommation des crédits relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social existaient mais restaient dans les comptes de l'Assurance maladie. Ils pouvaient ainsi servir à compenser des déficits sur d'autres catégories de dépenses (médecine de ville ou établissements de santé par exemple). Désormais, ces excédents sont isolés dans les comptes de la caisse, suscitant une plus forte prise de conscience du décalage existant entre les dépenses prévisionnelles et effectives. Comme l'ont souligné plusieurs personnes entendues par la mission, c'est donc la mise en place de la CNSA qui a permis de rendre visibles des excédents, auparavant « noyés » dans la masse de l'enveloppe globale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), comme l'indique le tableau ci-après.

Ainsi, en matière d'excédents, le phénomène relève davantage de « la révélation plutôt que de la création », selon la formule du directeur de la

(1) L'installation de la CNSA a eu lieu en mai 2005 et la caisse a été chargée de gérer la contribution de l'Assurance maladie à l'objectif global de dépenses à compter de 2006.

(2) Soit les engagements futurs dont le financement a été définitivement réaffecté au fonctionnement pérenne des établissements et services pour personnes handicapées.

CNSA, M. Laurent Vachey⁽¹⁾. Il reste que le montant des excédents a progressé significativement depuis lors : ainsi, les crédits sous-consommés au titre de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées ont représenté 539 millions d'euros en 2008, contre 137 millions en 2005.

L'évolution de la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses concernant les personnes âgées : des excédents préexistant à la création de la CNSA

(En millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sous-consommation	139	156	- 72	151	137	290
Pourcentage de réalisation	95 %	95 %	102 %	96 %	97 %	94 %

Source : extrait de l'annexe n° 15 du rapport précité des inspections générales (mars 2010)

b) Un phénomène, en légère diminution, qui peut apparaître justifié dans une certaine proportion...

La sous-consommation des crédits gérés par la CNSA peut tout d'abord être relativisée au regard des éléments suivants.

En premier lieu, comme l'a notamment rappelé le président de son conseil, M. Francis Idrac⁽²⁾, les excédents ne représentent qu'une proportion limitée par rapport à l'ensemble des crédits soumis l'objectif global de dépenses, comme l'illustre le graphique présenté ci-après : 430 millions d'euros⁽³⁾ sur 15,2 milliards d'euros en 2009, soit 2,8 % de l'objectif global de dépenses et moins de 2,2 % du budget de la caisse. En outre, selon certaines personnes entendues par la mission, il se pourrait qu'il ne s'agisse que d'un phénomène transitoire ou, à tout le moins, en nette diminution. Dans ce sens, il est à noter que la CNSA a pour la première fois clos ses comptes sur un déficit en 2009 (474 millions d'euros). En outre, le dernier rapport d'activité de la caisse, paru en avril 2010, souligne que le mécanisme des enveloppes anticipées⁽⁴⁾ commence à produire ses effets (cf. *infra*) et que le taux de sous-consommation de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées a diminué de 8,15 % à 4,5 % en 2008.

Un certain niveau d'excédents peut même apparaître nécessaire ou du moins justifié, pour les raisons suivantes.

Tout d'abord, si les versements aux établissements et services médico-sociaux, effectués par les caisses d'assurance maladie, se révélaient supérieurs au montant de l'objectif global de dépenses fixé pour l'année considérée,

(1) Audition du 7 avril 2010.

(2) Audition du 7 avril 2010.

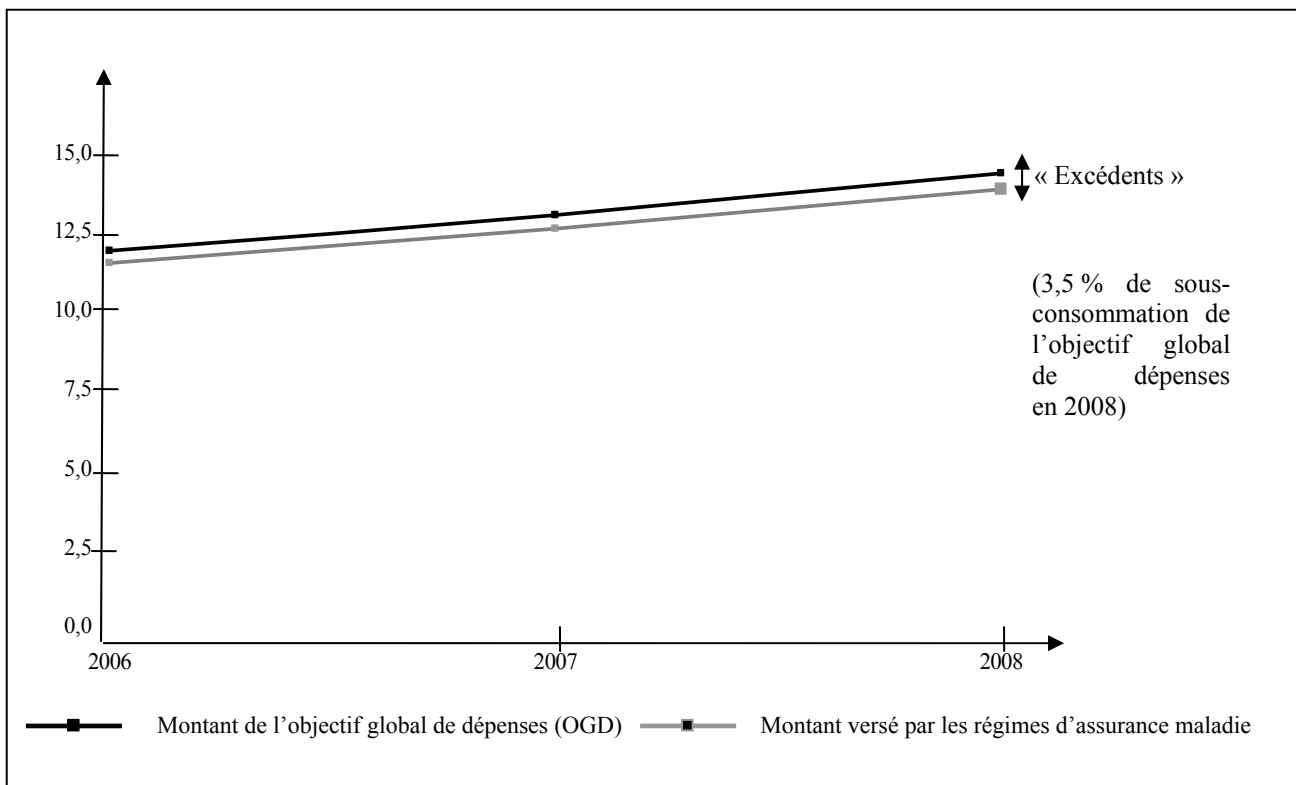
(3) Montant de la sous-consommation finale pour 2009, selon le rapport 2009 de la CNSA, paru en avril 2010 (en septembre 2009, la sous-consommation prévisionnelle était estimée à 300 millions d'euros).

(4) Il permet à la CNSA de répartir par anticipation aux services de l'État des enveloppes financières, qui n'ont pas encore été votées par le Parlement. Ces crédits ne peuvent être consommés qu'à partir des années $n + 1$ et $n + 2$, mais permettent aux porteurs de projets de commencer les travaux sans attendre.

il appartiendrait à la CNSA de prendre en charge ce dépassement⁽¹⁾. Cette obligation d'équilibrer financièrement sa propre gestion est l'un des éléments invoqués par la caisse pour justifier la constitution de réserves. En outre, il peut sembler nécessaire de préserver un « *excédent frictionnel* », selon les termes de Mme Sabine Fourcade, chef de service adjointe à la direction générale de la cohésion sociale⁽²⁾, compte tenu des décalages de trésorerie liés notamment au rythme d'avancement des projets (cf. *infra*).

L'évolution de la sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses de 2006 à 2008

(En milliards d'euros)



Source : graphique réalisé d'après les données de la CNSA retraitées par la mission précitée des inspections générales (mars 2010)

Enfin, selon le rapport précité des inspections générales, l'existence d'excédents peut apparaître « *consubstantielle à la volonté de sanctuarisation des crédits de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes âgées et handicapées au sein de la CNSA* », dès lors que la loi prévoit que les crédits non consommés donnent lieu à un report automatique sur les exercices suivants⁽³⁾, constituant ainsi des réserves dans les comptes de la caisse.

Enfin, ces excédents sont aujourd'hui nécessaires pour financer les plans d'aide à la modernisation et à l'investissement des établissements et services

(1) En application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Audition du 23 mars 2010.

(3) Article L.14-10-8 du code de l'action sociale et des familles.

médico-sociaux, dans la mesure où ceux-ci ne bénéficient pas d'une ressource pérenne (*cf. infra*).

c) ... mais suscite une émotion compréhensible au regard de l'importance des crédits et des besoins du secteur médico-social

Les excédents de la caisse ont suscité une certaine émotion, en raison notamment de leur ampleur, des besoins de financement dans le domaine médico-social ainsi que des difficultés rencontrées par certains établissements ou services.

● *D'importants besoins de financement structurels liés pour partie au vieillissement de la population*

Plusieurs personnes auditionnées par la mission, en particulier les représentants des associations œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées⁽¹⁾, ont souligné l'importance des besoins de financement du secteur médico-social et la nécessité de poursuivre un effort de rattrapage dans ce domaine. Ces besoins sont notamment liés aux prévisions d'accroissement important de la population âgée⁽²⁾, à l'augmentation constatée du niveau des dépenses et des besoins de soins des personnes âgées accueillies en établissements, liée à l'accroissement de leur dépendance, ainsi que l'allongement de la vie des enfants et des adultes handicapés nécessitera de nouveaux besoins d'accompagnement⁽³⁾.

● *Les inquiétudes liées à la situation de certains établissements et aux modalités de mise en œuvre du processus de convergence tarifaire*

Certaines personnes auditionnées par la mission ont fait part de leurs interrogations, voire de leurs inquiétudes, concernant le processus de convergence tarifaire entre établissements, après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009⁽⁴⁾, concernant les établissements dont les tarifs sont supérieurs aux « tarifs plafonds », dont les modalités sont présentées dans l'encadré présenté ci-après.

Lors de la réunion du conseil de la CNSA du 31 mars 2009, plusieurs membres, en particulier les organisations représentant ou intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées qui sont regroupées au sein du « GR 31 », avaient ainsi proposé, sans que cette proposition soit retenue, que « *les crédits non consommés soient destinés, en mesures non reconductibles, à compenser les baisses de crédits prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, d'une part pour les établissements aux tarifs supérieurs au*

(1) Table ronde du 12 janvier 2010.

(2) Le nombre de personnes de 75 ans et plus pourrait ainsi quasiment doubler d'ici 2050 et le nombre de personnes de 60 ans et plus pourrait passer de 12,8 millions en 2006 à 21 millions en 2035, selon des projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

(3) Sur l'ensemble de ces évolutions, voir au A de la première partie du rapport n° 2647 de Mme Valérie Rosso-Debord au nom de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (23 juin 2010) le paragraphe « Les liens entre le vieillissement et la perte d'autonomie »).

(4) Article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

plafond, d'autre part pour le financement de la masse salariale de tous les établissements ⁽¹⁾ ».

Le processus de convergence tarifaire et les « tarifs plafonds »

« Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par une très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à sa disposition pour couvrir le coût des forfaits soins. Les écarts seraient de un à trois à service rendu comparable. Cette situation a pu être mise en évidence par la définition d'une unité de référence permettant de calculer ce que devrait être la dotation soins « normale » d'un établissement, compte tenu des coûts constatés dans la moyenne de tous les autres : le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré soins (GMPS). Lancé en 2008 et amplifié en 2009, le processus de convergence tarifaire des dotations soins poursuit deux objectifs : remédier aux rentes de situation et répondre au souci d'équité entre les établissements.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (...) a conféré une base légale aux tarifs plafonds en précisant que « le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ». Le même article a, par ailleurs, soumis les règles de répartition, par la CNSA, des dotations régionales attribuées aux établissements au titre des soins au respect de « l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories ». Un palier supplémentaire a été franchi avec l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui rend, en quelque sorte, les « tarifs plafonds » opposables en matière de financement des soins. [II] autorise le ministre chargé de la sécurité sociale à établir, au-delà de la définition des tarifs plafonds et de leurs règles de calcul, « les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds », c'est-à-dire de mettre en œuvre un processus de convergence de tous les établissements vers les tarifs plafonds. Un arrêté, paru le 26 février 2009, précise le dispositif des tarifs plafonds aux gestionnaires d'établissements et services qui accueillent des personnes âgées.

Le tarif plafond est calculé à partir de la formule suivante : Tarif plafond à la place afférent aux soins = valeur annuelle du point * [(Gir moyen pondéré ⁽²⁾) + (Pathos moyen pondéré ⁽³⁾ * 2,59)]. Concrètement, en 2009, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins constaté en 2008 est supérieur au tarif plafond, le tarif journalier afférent aux soins est égal au tarif fixé en 2008 majoré de 0,5 %. Autrement dit, pour ces établissements, 2009 est une année de blocage de leur dotation soins avec un taux d'évolution fixé à 0,5 %. (...) À partir de 2010 jusqu'en 2016, les tarifs baisseront donc pour être ramenés au niveau plafond selon un échancier négocié. Selon les chiffres du ministère, entre 600 et 700 établissements ont été identifiés comme ayant une dotation soins supérieure au tarif plafond (...). Il faut rappeler, à l'attention de ceux qui voient en cette réforme un risque de rationnement des soins, que la convergence se traduira par une augmentation moyenne de 35 % des ressources affectées aux 80 % d'établissements dont les dotations soins sont sous les tarifs plafonds, sans diminution aucune des moyens alloués aux 20 % d'établissements situés

(1) Rapport d'activité 2009, voté par le conseil de la CNSA le 30 mars 2010.

(2) Le GIR moyen pondéré (GMP) mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).

(3) Le PATHOS moyen pondéré (PMP) mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.

au-dessus de ces tarifs. Simplement, ces derniers seront incités à accroître leur activité de façon qu'elle corresponde aux dotations qui leur sont accordées. »

Source : rapport n° 90 de Mme Sylvie Desmarescaux au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (novembre 2009)

● *Les difficultés du secteur de l'aide à domicile*

Outre les difficultés rencontrées par les départements pour le financement des aides sociales à la personne, celles des services d'aide à domicile ont souvent été évoquées lors des auditions, en particulier par des présidents de conseil général membres du conseil de la caisse ⁽¹⁾ ainsi que par des responsables d'associations et d'organismes intervenant dans le champ de compétence de la caisse.

Sans détailler la nature et les raisons de ces difficultés, qui ont été précisément décrites dans le rapport précité de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il convient cependant de souligner la concurrence accrue des entreprises privées, à la suite notamment du plan relatif aux services à la personne, engagé en février 2005 par M. Jean-Louis Borloo, alors ministre de la cohésion sociale, et de la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Face aux organismes prestataires qui s'occupaient jusqu'alors de ce secteur et auxquels il avait été demandé ⁽²⁾ d'organiser des formations qualifiantes de leurs personnels et de revaloriser leurs rémunérations, les entreprises précitées proposent des services bien moins onéreux en ayant souvent recours à des personnels ne disposant pas du même niveau qualification ni de rémunération. En termes de qualité de la prise en charge, il importe cependant de promouvoir la professionnalisation des aides à domicile, la CNSA disposant de ressources spécifiquement dédiées à cette fin à travers les crédits de la section IV de son budget (cf. *supra*).

Lors de la dernière réunion du conseil de la caisse du 30 mars 2010 ⁽³⁾, une majorité des membres a ainsi exprimé officiellement une position commune sur l'utilisation des crédits disponibles, en exprimant le souhait que les crédits non consommés soient affectés :

– d'une part, « à la création d'un fonds d'urgence pour l'aide à domicile à hauteur de 100 millions d'euros sous forme de crédits fléchés pour des dotations d'allocation personnalisée d'autonomie et de prestation de compensation du handicap, pour éviter toute rupture des services de proximité aux personnes » ;

– d'autre part, « à l'attribution d'un taux d'augmentation des structures accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées qui soit supérieur à

(1) Table ronde du 9 février 2010.

(2) Ces exigences résultaient des objectifs de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

(3) Dossier de presse du conseil de la CNSA du 30 mars 2010.

la hausse des salaires et des prix et n'entraîne de baisse de budget pour aucune de ces structures».

2. Ces réserves ont été réutilisées au bénéfice du secteur médico-social

Ainsi qu'il a été indiqué précédemment, la loi prévoit que les crédits affectés, au titre d'un exercice, aux sections et sous-sections du budget de la CNSA, qui n'ont pas été consommés à la clôture de l'exercice, donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants. Par dérogation, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté pris après avis du conseil de la caisse. Conformément à ces dispositions, les réserves de la CNSA ont donc été réutilisées au profit des personnes âgées et des personnes handicapées, comme l'a indiqué le directeur de la caisse, M. Laurent Vachey⁽¹⁾. Ces crédits ont en effet permis de soutenir l'investissement des établissements et de d'abonder l'objectif global de dépenses.

a) Des excédents qui ont permis de soutenir la modernisation et l'investissement des établissements et services médico-sociaux...

En dépit de la vétusté d'un certain nombre d'établissements ainsi que de l'hétérogénéité du parc et des conditions offertes aux résidents, les investissements des structures médico-sociales ne bénéficiaient pas, jusqu'à récemment, d'une aide publique importante⁽²⁾.

Les excédents de l'année 2005 ont dès lors inspiré la mise en œuvre d'un plan d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux. Autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ce plan répondait à plusieurs enjeux : rénover le parc d'hébergement et d'accueil (mise aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction), adapter les locaux pour une meilleure qualité de service, générer un effet de levier financier significatif auprès d'autres financeurs, et réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers⁽³⁾. Ce plan de modernisation a été doté de 500 millions d'euros en 2006, destinés à 70 % au secteur des personnes âgées et à 30 % à celui des personnes handicapées. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a reconduit la possibilité pour la CNSA de soutenir des opérations d'investissement dans les mêmes conditions, à hauteur de 185 millions d'euros en 2007.

Cette mission de la caisse en matière d'aide au financement des opérations d'investissement dans le secteur médico-social a été pérennisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui a également élargi son champ. En effet, les aides peuvent désormais non seulement appuyer la modernisation des

(1) *Audition du 7 avril 2010.*

(2) *Les promoteurs pouvaient seulement solliciter des crédits dans les contrats de plan État-régions (30 à 40 millions d'euros par an) et des aides des conseils généraux et des caisses de sécurité sociale.*

(3) *En effet, le tarif d'hébergement, à la charge du résident, est destiné notamment à couvrir les frais liés à l'amortissement des investissements de l'établissement.*

places existantes, mais aussi la création de places nouvelles. Aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA est ainsi chargée notamment de « *contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». L'article L. 14-10-9 du même code précise les conditions dans lesquelles une part des crédits reportés sur l'exercice en cours, au titre des excédents de l'exercice précédent, peuvent être utilisés pour les sections IV et V du budget, notamment pour le financement d'opérations d'investissement immobilier.

Au total, plus de 1,3 milliard d'euros ont ainsi été dégagés entre 2006 et 2009 pour aider à la rénovation et à la construction d'établissements médico-sociaux. Cette initiative a été saluée par de nombreuses personnes entendues par la mission. Comme l'a souligné la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, Mme Nadine Morano ⁽¹⁾, cette aide à l'investissement est essentielle, car il importe d'accompagner les établissements dans leurs politiques de modernisation, d'amélioration des conditions de confort et de sécurité.

Certaines personnes entendues par la mission ont cependant émis quelques doutes, voire des réserves, sur certains aspects de ces plans d'aides à la modernisation et à l'investissement des établissements.

En soulignant que ces plans ont effectivement permis la mise en œuvre d'opérations importantes de rénovation, le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes ⁽²⁾ a tout d'abord indiqué que, selon la cour ⁽³⁾, les critères de répartition de ces moyens pourraient être mieux définis pour assurer une plus grande égalité de traitement entre établissements et, indirectement, entre résidents qui supportent le coût résiduel de l'investissement. Au niveau national, il semblerait en effet que la vétusté des établissements n'ait pas été prise en compte dans les critères de répartition des dotations entre régions et, au niveau local, la répartition des dotations entre les projets ne s'est pas toujours opérée sur des bases rationnelles. Dans l'Aude, un projet de rénovation mené sur un seul établissement concentrait ainsi, à la suite d'une décision ministérielle, plus de la moitié des financements obtenus par la région Languedoc-Roussillon au titre du volet personnes âgées du plan d'aide à la modernisation pour 2007.

D'autre part, le directeur général de la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées, M. Philippe Calmette ⁽⁴⁾, a regretté que ces crédits ne soient pas consommés dans leur totalité, en raison notamment d'une insuffisance d'informations de la part des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales auprès des

(1) *Audition du 19 mai 2010.*

(2) *Audition du 15 décembre 2009.*

(3) *Rapport public annuel précité de février 2009.*

(4) *Audition du 24 février 2010.*

établissements et services concernant ces dispositifs, voire de leur volonté de ne pas consommer l'ensemble de ces crédits pour apporter des financements complémentaires (« rebasages » ou « reprises de résultats ») à des établissements et services déficitaires, parfois mal gérés.

Surtout, la CNSA ne dispose pas à ce jour d'une ressource pérenne pour exercer cette mission, pourtant devenue permanente.

Alors que l'objectif doit être de prévenir et de limiter la sous-consommation des crédits de la caisse, cette situation apparaît particulièrement problématique, au regard notamment de l'importance de ces plans pour contenir le reste à charge pour les résidents et leurs familles. La secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽¹⁾, a ainsi donné l'exemple d'un établissement d'Eure-et-Loir qui, après sa rénovation, a vu son tarif journalier hébergement augmenter de 13 euros, au lieu de 19 euros, grâce au plan d'aide à l'investissement de la CNSA.

b) ... et d'abonder l'objectif global de dépenses au titre du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux

Outre le soutien à l'investissement, une fraction des réserves de la CNSA a également été utilisée pour abonder l'objectif global de dépenses, c'est-à-dire pour financer le fonctionnement des établissements et services, à hauteur de 570 millions d'euros entre 2007 et 2009, comme l'indique le tableau ci-dessous.

L'emploi des excédents de l'objectif global des dépenses

(En millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Ressources							
Excédents de l'objectif global de dépenses	5	495	385	430	540	NC	1 855
Emplois							
Plans d'aide à la modernisation/ plans d'aide à l'investissement	–	–	500	182	298	330	1 310
Contribution à l'objectif global de dépenses	–	–	–	48	200	322	570*
Total emplois							1 880**

* dont 70 M € au titre du plan de relance et 30 M€ au titre des contrats de plan État-région.

** ce montant ne prend pas en compte le provisionnement en 2008 de 135 M € d'engagements supplémentaires au titre de la reprise des contrats de plan État-région.

Source : chiffres CNSA retraités par la mission précitée des inspections générales sur La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010)

Cette utilisation des excédents pour apporter une contribution au financement de l'objectif global de dépenses, beaucoup plus limitée en 2010 ⁽²⁾, revient cependant à couvrir une part des coûts de fonctionnement pérennes des

(1) Audition du 19 mai 2010.

(2) La contribution des réserves de la caisse pour la construction de l'objectif global de dépenses a représenté 56 millions d'euros en 2010, contre 320 millions d'euros en 2009.

établissements et services par des ressources, dont le renouvellement n'est, par nature, pas assuré et qui ne sont donc pas pérennes.

Enfin, outre les deux emplois évoqués dans le rapport précité des inspections générales (l'aide à l'investissement et la contribution à l'objectif global de dépenses), il est à noter que les excédents de la caisse ont été également été utilisés, pour des montants certes beaucoup plus faibles :

– en 2009, pour un apport supplémentaire aux maisons départementales des personnes handicapées (15 millions d'euros), permettant de porter le montant du concours de la caisse de 45 à 60 millions d'euros ⁽¹⁾ ;

– en 2006, pour financer diverses actions en faveur des personnes handicapées, relevant de la section V du budget (13 millions d'euros), notamment la valorisation des métiers d'accompagnement du handicap et la formation des aidants familiaux.

Le tableau ci-après, extrait du rapport de Mme Isabelle Vasseur au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ⁽²⁾, montre ainsi le montant des excédents et l'utilisation qui en a été faite, année après année :

(En millions d'euros)

	Report à nouveau	Résultat de l'exercice avant réaffectation	Affectation au plan d'aide à l'investissement	Affectation à l'objectif global de dépenses	Autres affectations	Total montants réaffectés	Résultat de l'exercice après réaffectation	Résultat net cumulé
2006	532	660	500	19	13	532	128	660
2007	660	528	185	47	0	232	296	956
2008	956	541	284	200	1	485	55	1 011
2009 (1)	1 011	136	465	322	15	802	-666	345
2010 (2)	345	-15	151	56		207	-222	123
Total			1 585	644		2 258		

Source : CNSA (1) *Compte prévisionnel 2009 (Commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2009)*
(2) *Budget 2010 (Commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2009)*

3. La restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie au titre de crédits non consommés a toutefois soulevé des questions

En 2009, dans le cadre de la loi de financement de sécurité sociale pour 2010, il a été procédé à un « débasage », c'est-à-dire à une baisse du montant initial du sous-objectif relatif aux personnes âgées de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il a suscité un certain nombre de réactions et d'interrogations. Ce débasage mérite quelques éclaircissements et d'être replacé

(1) Conformément à l'arrêté du 3 avril 2009 fixant le montant des reports de crédits affectés à d'autres sections prévu à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Rapport n° 1994 de Mme Isabelle Vasseur au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (octobre 2009).

dans le contexte d'une hausse significative des dotations de l'Assurance maladie pour le secteur médico-social ces dernières années.

a) Une diminution de la contribution de l'Assurance maladie, dans un contexte de dégradation des comptes sociaux et de non consommation de crédits

À l'automne 2009, la sous-consommation prévisionnelle de l'objectif global de dépenses dans le secteur des personnes âgées était estimée à environ 300 millions d'euros par la mission conjointe des inspections générales précitée. Les travaux de cette mission avaient notamment permis d'identifier l'existence de crédits disponibles dans les enveloppes départementales, résultant d'engagements non encore réalisés (c'est-à-dire n'ayant pas entraîné de décaissements), ainsi que de crédits libres de tout emploi (car non consommés en 2009 et non affectés à des engagements futurs), leur montant ayant été estimé à environ 90 millions d'euros pour 2009 ⁽¹⁾.

Compte tenu de l'existence de crédits non consommés et de la situation financière de la branche Maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a donc prévu une diminution du montant de la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées – qui correspond à l'un des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) –, à hauteur de 150 millions d'euros pour 2009 ⁽²⁾. En outre, il a été procédé à une suppression temporaire d'autorisations de dépenses à hauteur de 307 millions d'euros pour 2010, correspondant à des crédits « gagés » sur des projets dont la mise en œuvre effective (et donc les décaissements correspondants), doit intervenir après 2010 ⁽³⁾, selon les informations transmises par les services déconcentrés.

Alors qu'il existe des crédits non consommés, plusieurs personnes entendues par la mission ont estimé qu'il n'était pas anormal, dans un contexte de crise économique et de dégradation des comptes sociaux, d'éviter de constituer une « trésorerie dormante » et de « thésauriser des fonds publics ».

D'autres en revanche, en particulier les représentants d'associations, de syndicats et d'organismes œuvrant dans le domaine de compétence de la caisse, ont fait état de leur vive opposition à cette restitution de 150 millions d'euros de crédits

(1) Les crédits libres de tout emploi (« Reliquat », selon la terminologie des inspections) correspondent à la différence entre le « Disponible d'enveloppe » – somme des crédits non reconductibles et de l'écart entre le montant de l'objectif global de dépenses et les montants non tarifés (crédits non consommés) – et le total des engagements – soit les crédits non consommés réservés pour la création de places et pour la médicalisation future ainsi que la part des crédits non reconductibles affectés à des mesures de fonctionnement pérennes.

(2) Le montant initial de ce sous-objectif (« ONDAM médico-social pour les personnes âgées ») prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 était de 6,2 milliards. En raison de différentes opérations de fongibilité (opérations de transferts d'enveloppe à enveloppe, dont les montants n'étaient pas connus lors de la construction de l'objectif), ce montant a ensuite été fixé à 6,417 milliards d'euros en mars 2009, puis ramené à 6,267 milliards d'euros par la loi de financement pour 2010 (soit 150 millions d'euros en moins).

(3) Selon le Rapport d'activité 2009 de la caisse (avril 2010).

à l'Assurance maladie. Certains d'entre eux ont par exemple indiqué avoir eu « *l'impression d'être punis* » à travers ce débasage, alors même qu'il existe d'importants besoins dans le secteur médico-social et que ces crédits récupérés correspondraient à des projets qui ne pourront plus être mis en œuvre, ou encore que l' « *on a touché le compte courant et pas l'épargne* », ce qui est apparu « *plus gênant car cela conduit à "tirer le tabouret" sous des projets pour lesquels des promesses avaient été faites* ⁽¹⁾ ». Il a également été déploré que le principe de « sanctuarisation des crédits médico-sociaux » ait été écorné, plusieurs personnes ayant rappelé que la loi prévoit le report automatique des crédits non consommés – à la clôture de l'exercice – dans les comptes de la caisse les années suivantes ⁽²⁾. Le débasage n'est cependant pas contraire à la lettre de la loi, dans la mesure notamment où il consiste à rectifier le montant de la contribution de l'Assurance maladie et ce, en cours d'exercice. La rapporteure souligne par ailleurs que :

– celui-ci n'a eu aucun effet sur la mise en œuvre des plans de création de places en établissements et services pour personnes âgées ou handicapées en 2009 et 2010, non plus qu'il n'a conduit à diminuer les financements des établissements, comme l'a précisé le directeur général de la cohésion sociale, M. Fabrice Heyriès ⁽³⁾ ;

– il n'y a pas eu de restitution de crédits par un prélèvement opéré dans le budget de la CNSA constituant une « *récupération* » ou un « *détournement* » des fonds issus de la journée de solidarité, mais une rectification, en cours d'exercice, du montant de la contribution de l'Assurance maladie à l'objectif global de dépenses : au reste, comme l'a rappelé la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽⁴⁾, « *les crédits de la journée de solidarité sont sanctuarisés par la loi depuis 2004* » et « *comme pour l'ensemble des recettes affectées, il est impossible d'utiliser ces crédits à d'autres fins que celles prévues par le législateur* » ;

– ce débasage a représenté moins de la moitié de la sous-consommation de l'objectif global de dépenses, telle qu'elle était estimée par la mission conjointe des inspections à l'automne 2009 (et même une proportion plus faible encore par rapport à la sous-consommation finale, qui s'est élevée à 430 millions d'euros), alors que la contribution des régimes d'assurance maladie représente plus de 90% du montant total de l'objectif global de dépenses en 2009 ⁽⁵⁾ ;

– comme l'indique le dernier rapport d'activité de la CNSA, adopté par le conseil en mars 2010, cette opération correspond à une « *opération de nettoyage de la base* » de l'objectif global de dépenses, « *afin de n'y maintenir que les crédits* »

(1) Table ronde du 2 février 2010 avec les représentants de la Fédération hospitalière de France (FHF), de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) et de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP).

(2) Article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Audition du 23 mars 2010.

(4) Compte rendu intégral de la première séance de l'Assemblée nationale du mercredi 26 mai 2010.

(5) En effet, la contribution de l'Assurance maladie (ONDAM médico-social voté par le Parlement) s'élève à 14 milliards d'euros pour 2009, tandis que l'apport de la CNSA à l'objectif global de dépenses (issu principalement des ressources de la journée de solidarité) représente 1,2 milliard d'euros.

nécessaires à l'exécution des engagements devant se réaliser en 2010 ». À cet égard, comme l'ont indiqué les représentants de la direction générale de la cohésion sociale, il s'agissait de gérer désormais l'objectif global de dépenses dans une logique de crédits de paiement et, en conséquence, d'opérer une distinction entre les crédits nécessaires pour l'exercice (décaissements prévisionnels pour l'année n) et les autorisations d'engagements (crédits pouvant être décaissés en année n + 1 ou n + 2), dans le prolongement des recommandations du rapport précité des inspections générales.

La suppression temporaire des 307 millions d'euros d'autorisations d'engagements pour 2010 (correspondant à des crédits liés à des autorisations nouvelles données dans l'année, mais qui ne feront pas l'objet de dépenses en 2010) implique cependant de veiller à que les crédits nécessaires au titre de ces engagements soient pris en compte lors de la construction de l'objectif global de dépenses, et donc de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social pour 2011.

b) Un débat qui doit être replacé dans le contexte d'une progression particulièrement volontariste des dépenses d'assurance maladie dédiées au secteur médico-social depuis plusieurs années

• *Un débat qui a fait écho à d'autres interrogations concernant le transfert de certaines charges à la caisse et l'érosion du taux de couverture des dépenses d'aides sociales versées par les départements*

Le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes⁽¹⁾ a rappelé devant la mission que la cour avait estimé, dans son rapport précité de juillet 2006, que l'institution de la contribution de solidarité pour l'autonomie avait permis « *d'affecter globalement aux établissements accueillant des personnes dépendantes des ressources nettement plus élevées* » et que l'examen des crédits de l'État et de l'Assurance maladie ne révélait pas d' « *effet de substitution* ».

Cette expression fait référence aux craintes que les ressources nouvelles apportées notamment par la journée de solidarité soient compensées, en tout ou partie, par la réduction de concours existants aux personnes âgées ou handicapées, la création de recettes nouvelles pouvant inciter des contributeurs – l'Assurance maladie ou l'État – à diminuer leur propre effort. Au regard notamment du transfert de certaines charges à la CNSA, voire de sa contribution à l'objectif global de dépenses, certaines personnes entendues par la mission se sont interrogées sur l'existence d'un tel effet de substitution.

Comme l'ont rappelé des représentants des associations œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées⁽²⁾, certains membres du conseil de la caisse se sont prononcés contre la prise en charge de certaines dépenses par la caisse, concernant en particulier :

(1) *Audition du 15 décembre 2009.*

(2) *Table ronde du 12 janvier 2010.*

– le financement de postes d'éducateurs sportifs : « *sans contester nullement la légitimité et le bien-fondé de la destination de la dépense en cause* », le conseil de la CNSA a ainsi exprimé, en avril 2006, « *un net désaccord, pour des raisons de principe, sur l'utilisation des excédents de la CNSA, à hauteur de 2,5 millions d'euros, pour le recrutement, par plusieurs fédérations du sport adapté aux personnes handicapées, de 300 éducateurs sportifs diplômés* », en considérant que « *ce financement incombe au budget de l'État* ⁽¹⁾ ». En mars 2009 ⁽²⁾, plusieurs membres du conseil se sont également opposés à une proposition budgétaire analogue, en contestant que la CNSA se substitue à l'État pour une dépense qui relève de l'accessibilité et non de la compensation ⁽³⁾;

– les aides à l'investissement prévues par les contrats de plan entre l'État et les régions : la concentration sur le budget de la caisse, demandée par le Gouvernement, de toutes les aides à l'investissement au bénéfice des établissements médico-sociaux, s'est ainsi traduite par l'inscription de 30 millions d'euros sur le plan d'aide à l'investissement pour 2009 ⁽⁴⁾. En mars 2009, hormis les représentants de l'État, les membres du conseil ont rappelé leur opposition au financement des contrats de plan, en considérant qu'il s'agissait là d'une contradiction avec le principe selon lequel la CNSA doit venir « en plus de », et « non à la place de ». Cela a cependant permis de donner plus de lisibilité dans la gestion et de consolider les financements de ces investissements.

Par ailleurs, outre le fait qu'elle conduit à financer une dépense pérenne de fonctionnement par une ressource par nature non pérenne, l'utilisation des réserves de la CNSA pour la construction de l'objectif global de dépenses peut soulever des interrogations sur ses effets sur le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie. À cet égard, le directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées, M. Pascal Champvert, a considéré qu'en 2007 et 2008, respectivement 200 et 260 millions d'euros ont été repris, au sein des crédits non consommés de la caisse, « *pour (faire) faire des économies à l'Assurance maladie* ⁽⁵⁾ ». Toutefois, au regard de la progression importante de l'ONDAM médico-social depuis 2004 (cf. *infra*), il apparaît pour le moins contestable d'évoquer un effet de substitution.

Au cours des auditions, il a également été rappelé que plusieurs membres du conseil s'étaient prononcés, en mars 2009, en faveur de l'utilisation d'une partie des excédents pour apporter un financement complémentaire aux départements visant à compenser la baisse prévisionnelle des concours de la caisse au titre de l'allocation

(1) Communiqué de la CNSA du 27 avril 2006 sur les orientations du conseil de la CNSA.

(2) En 2009, 4,8 millions d'euros ont été inscrits sur la section V, par un prélèvement sur les fonds propres de cette section, pour reconduire le cofinancement des emplois de moniteurs sportifs, dits « emplois sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS), auprès des fédérations de sport adaptés.

(3) Compte rendu synthétique de la réunion du conseil du 31 mars 2009.

(4) En mars 2009, il a été proposé au conseil de provisionner cette dépense future d'aide à l'investissement, pour les exercices 2010 à 2013, par un transfert de 135 millions d'euros de la section I du budget sur la section V.

(5) « Note technique sur les détournements du jour férié », document remis aux membres de la mission lors de la table ronde du 12 janvier 2010.

personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. De fait, comme l'a souligné le délégué général de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée, M. Jean-Louis Sanchez ⁽¹⁾, la diminution de ces concours versés par la caisse, alors même que celle-ci dégage d'importants excédents peut sembler difficilement compréhensible aux yeux des départements.

D'ailleurs, aux termes de la loi, les produits de placement des disponibilités qui excèdent les besoins de trésorerie de la caisse doivent être affectés aux sections II et III du budget, qui correspondent aux concours de la caisse aux départements au titre de ces deux prestations sociales ainsi que des maisons départementales des personnes handicapées. Lors de son audition par la mission, le directeur financier de la CNSA ⁽²⁾ a indiqué que la caisse a été sollicitée, par une lettre ministérielle de janvier 2010, pour placer une partie de sa trésorerie ⁽³⁾ auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) afin, selon le dossier de presse de la caisse concernant la réunion du conseil du 30 mars 2010, de faciliter le financement de la dette issue des déficits des comptes sociaux. Il en a résulté une diminution des produits financiers attendus au titre du placement de trésorerie de la caisse ⁽⁴⁾. Dans un contexte de taux d'intérêts bas, certains membres du conseil ont regretté, lors de cette réunion du conseil, que l'augmentation, par rapport au budget primitif pour 2010, de la participation de la caisse aux dépenses d'aide sociale des départements soit circonscrite par la baisse des revenus des produits financiers.

Il convient néanmoins de rappeler, d'une part, qu'en 2006, le concours versé par la CNSA au titre de la prestation de compensation du handicap a excédé de 444 millions d'euros les dépenses correspondantes, cet excédent ayant vocation à être mis en réserve sur un compte spécial dans la comptabilité des départements, afin d'être affecté au financement des dépenses ultérieures au titre de cette prestation. En rappelant l'ouverture d'une concertation avec l'Assemblée des départements de France, après la remise du rapport de M. Pierre Jamet ⁽⁵⁾ au Premier ministre, la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽⁶⁾, a par ailleurs considéré qu'« *il n'aurait pas été possible d'utiliser les excédents pour les conseils généraux car (...) il s'agissait de crédits d'assurance maladie [et] de crédits non pérennes qu'il aurait été difficile d'affecter à des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie pérennes* ».

(1) Audition du 19 janvier 2010.

(2) Audition du 6 avril 2010.

(3) « Un placement “socle” d'un milliard d'euros sous forme de billets de trésorerie ou de dépôt à terme », selon les termes de la lettre précitée.

(4) Le montant des produits financiers attendus pour 2010 a été révisé de 30 à 10 millions d'euros. Il convient toutefois de rappeler que le montant des concours de la CNSA aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées représente plus de 2,1 milliard d'euros.

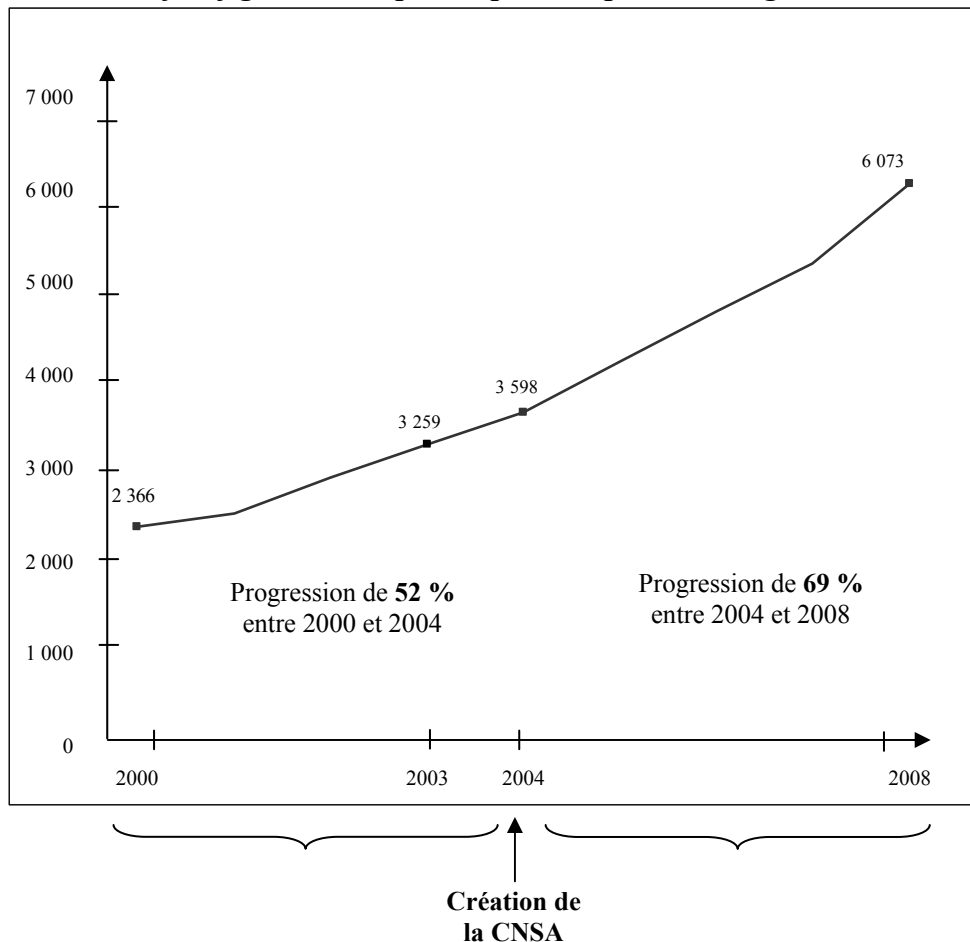
(5) Les finances départementales, rapport au Premier ministre de M. Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône (20 avril 2010).

(6) Audition du 19 mai 2010.

● *La progression significative des moyens de l'Assurance maladie*

Comme l'ont souligné les membres de l'inspection générale des affaires sociales entendus par la mission⁽¹⁾, la progression rapide de l'objectif global de dépenses depuis 2005 a permis de renforcer les capacités d'accueil et d'améliorer la qualité des services rendus aux personnes âgées. En effet, le montant du sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif aux établissements et services pour personnes âgées est passé de 3,6 à 6,4 milliards d'euros entre 2004 et 2009. De même, l'objectif global de dépenses a augmenté significativement depuis la création de la CNSA, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

L'évolution de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées entre 2000 et 2008



Source : graphique réalisé d'après des données relatives à l'objectif global de dépenses réalisé présentées dans l'annexe n° 15 du rapport des inspections générales précité (mars 2010)

En outre, en prévoyant un taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 5,8 % pour 2010, soit une augmentation de près de 820 millions d'euros et ce, malgré la dégradation de la conjoncture économique, le Gouvernement a montré qu'il était au rendez-vous des solidarités, à travers un engagement poursuivi et soutenu en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

(1) Audition du 31 mars 2010.

Cette progression est particulièrement importante, non seulement en montant absolu, mais également relativement à celle des autres sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il convient en effet de garder à l'esprit le taux de progression des moyens dédiés aux autres secteurs relevant de celui-ci (médecine de ville et établissements de santé), dans le cadre d'un ONDAM augmentant entre 3 % et 3,5 % par an ⁽¹⁾, compte tenu du nécessaire effort de redressement des comptes sociaux, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

L'évolution comparée du taux d'évolution annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'ONDAM médico-social entre 2007 et 2009

(En %)

	2007	2008	2009
ONDAM	4,0 %	5,0%	3,30 %
Sous-objectif « établissements et services pour personnes handicapées »	6,6 %	6,4 %	6,17 %
Sous-objectif « établissements et services pour les personnes âgées »	8,2 %	7,9 %	8,07 %

En tout état de cause, on ne saurait évoquer un « *effet de substitution* », dans la mesure où la création de la CNSA et de la journée de solidarité n'ont pas donné lieu à un désengagement financier de l'Assurance maladie, mais au contraire à une progression soutenue des moyens dédiés au secteur médico-social depuis lors, comme l'a justement souligné la ministre de la santé et des solidarités, Mme Roselyne Bachelot-Narquin lors de son audition ⁽²⁾.

C'est d'ailleurs précisément parce qu'il y a eu un effort important des pouvoirs publics en faveur des personnes en perte d'autonomie, ce dont on ne peut que se féliciter aujourd'hui, que l'on a pu, ensuite, constater un phénomène de sous-consommation de ces crédits. En d'autres termes, si le sous-objectif relatif aux personnes âgées avait progressé de la même façon que l'ONDAM ou même d'un ou deux points de plus, il est clair que la question des excédents de la caisse, et *a fortiori* de leur utilisation, ne se poserait pas aujourd'hui. Il n'en apparaît pas moins nécessaire de s'interroger sur les causes, conjoncturelles et structurelles, de la sous-consommation des crédits de la CNSA.

B. LA SOUS-CONSOMMATION DES CRÉDITS SOUMIS À L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES S'EXPLIQUE PAR DE MULTIPLES RAISONS

La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses s'explique par une conjonction de facteurs, concernant tant sa construction, qui apparaît largement déconnectée d'un suivi fin de la dépense effective, que les conditions d'exécution de ces crédits au niveau local.

(1) À cet égard, il convient de rappeler que la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 prévoit que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base évolue chaque année de 3,3 % en valeur, à périmètre constant.

(2) Audition du 19 mai 2010.

Mais le pilotage de l'objectif global de dépenses et, plus largement, des politiques médico-sociales présente certaines faiblesses du fait d'une certaine dispersion des responsabilités entre les acteurs.

1. Au niveau de son élaboration : une procédure budgétaire essentiellement descendante et ne s'appuyant pas sur un suivi fin de la consommation des crédits

La procédure de construction budgétaire de l'objectif global de dépenses ainsi que les modalités d'allocation des crédits par la caisse apparaissent relativement complexes, génératrices de délais et surtout très descendantes, au sens où elles s'appuient d'abord sur des objectifs macro-économiques de dépenses et non sur un suivi précis de l'exécution des crédits et des engagements de dépenses. Sous l'impulsion de la caisse, des progrès ont néanmoins été effectués en matière de programmation, afin de mieux identifier les besoins prioritaires au niveau local et les prendre en compte pour l'allocation des crédits.

a) Une procédure de budgétisation complexe, génératrice de délais et parfois source de confusion, dont l'agrégat de dépenses encadrées est emblématique

La construction de l'objectif global de dépenses et des différents agrégats qui lui sont associés⁽¹⁾, puis la répartition des crédits aux niveaux régional et départemental font l'objet de procédures distinctes, faisant intervenir, au niveau national, les administrations centrales et la CNSA, et, au niveau local, les services déconcentrés de l'État.

● *La procédure d'allocation des crédits médico-sociaux apparaît complexe et génératrice de délais.*

Sans décrire en détail la procédure de budgétisation et d'allocation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, il convient néanmoins d'en rappeler les principales étapes, après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Tout d'abord, les montants de l'objectif global de dépenses, de la contribution des régimes d'assurance maladie et des dépenses encadrées pour l'année *n* (cf. *infra*) sont fixés par arrêté interministériel, en principe quinze jours après la promulgation de la loi de financement. Ce délai prévu par la loi⁽²⁾ n'a cependant jamais été respecté⁽³⁾.

La CNSA procède ensuite à la répartition des crédits aux services déconcentrés de l'État, la notification définitive des enveloppes régionales et départementales intervenant vers la mi-février. Au préalable, des échanges techniques sont organisés avec les services déconcentrés au sujet de la répartition

(1) L'objectif national de dépenses d'assurance maladie médico-social et les dépenses encadrées (cf. *infra*).

(2) En application des articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Par exemple, le montant de l'objectif global de dépenses pour 2009 a été fixé par arrêté du 20 mars 2009.

des mesures nouvelles au sein de chaque région, sur la base de « pré-enveloppes » régionales et départementales, adressées par la caisse en décembre de l'année $n - 1$. Cette étape permet ainsi d'organiser une concertation au niveau local ainsi qu'une remontée d'informations à la caisse et, le cas échéant, et d'ajuster la répartition des dotations départementales. Elle peut donner lieu à des allers-retours importants avec les services déconcentrés, comme l'a indiqué le directeur général de la cohésion sociale, M. Fabrice Heyriès ⁽¹⁾. Les propositions des services doivent être transmises à la caisse avant le 30 janvier. L'intérêt de cette phase de concertation semble assez variable, notamment parce que les préfets de département, qui sont destinataires des « pré-notifications », sont peu enclins à les voir modifier ensuite.

Par ailleurs, les orientations stratégiques pour l'année n sont définies par circulaire conjointe des directions de l'action sociale et de la sécurité sociale, transmise en principe aux préfets avant le 15 février. Au cours des auditions, a toutefois été évoquée la parution parfois tardive de cette circulaire budgétaire ⁽²⁾. En parallèle, la CNSA transmet aux préfets des lettres de notification fixant le montant des enveloppes départementales limitatives de crédits alloués aux services déconcentrés. La décision du directeur de la caisse, fixant le montant des dotations départementales limitatives, est publiée au *Journal officiel* en mars.

Enfin, les caisses pivot ⁽³⁾ des régimes d'assurance maladie procèdent aux versements des crédits aux établissements et services sur la base des tarifs arrêtés par le préfet, sous forme de dotations globales ou de prix de journée.

Comme l'a souligné le représentant de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), M. Alain Villez ⁽⁴⁾, la CNSA a permis d'améliorer les délais et le calendrier de la procédure budgétaire, en avançant à la mi-février les notifications aux services déconcentrés, les établissements pouvant ainsi avoir leurs tarifs fixés, au mieux, à partir du mois d'avril.

Il a cependant été relevé que « le temps actif » pour la tarification et l'exécution des crédits est, de fait, assez étroit. Par ailleurs, les délais de parution de l'arrêté fixant les montants de l'objectif global de dépenses et des dépenses encadrées, et de la circulaire budgétaire, ainsi que les retards pris par certaines directions départementales des affaires sanitaires et sociales dans la mise en œuvre de la campagne budgétaire ont pu être facteurs de sous-consommation ou, du moins, de décalages dans le temps de la consommation des crédits.

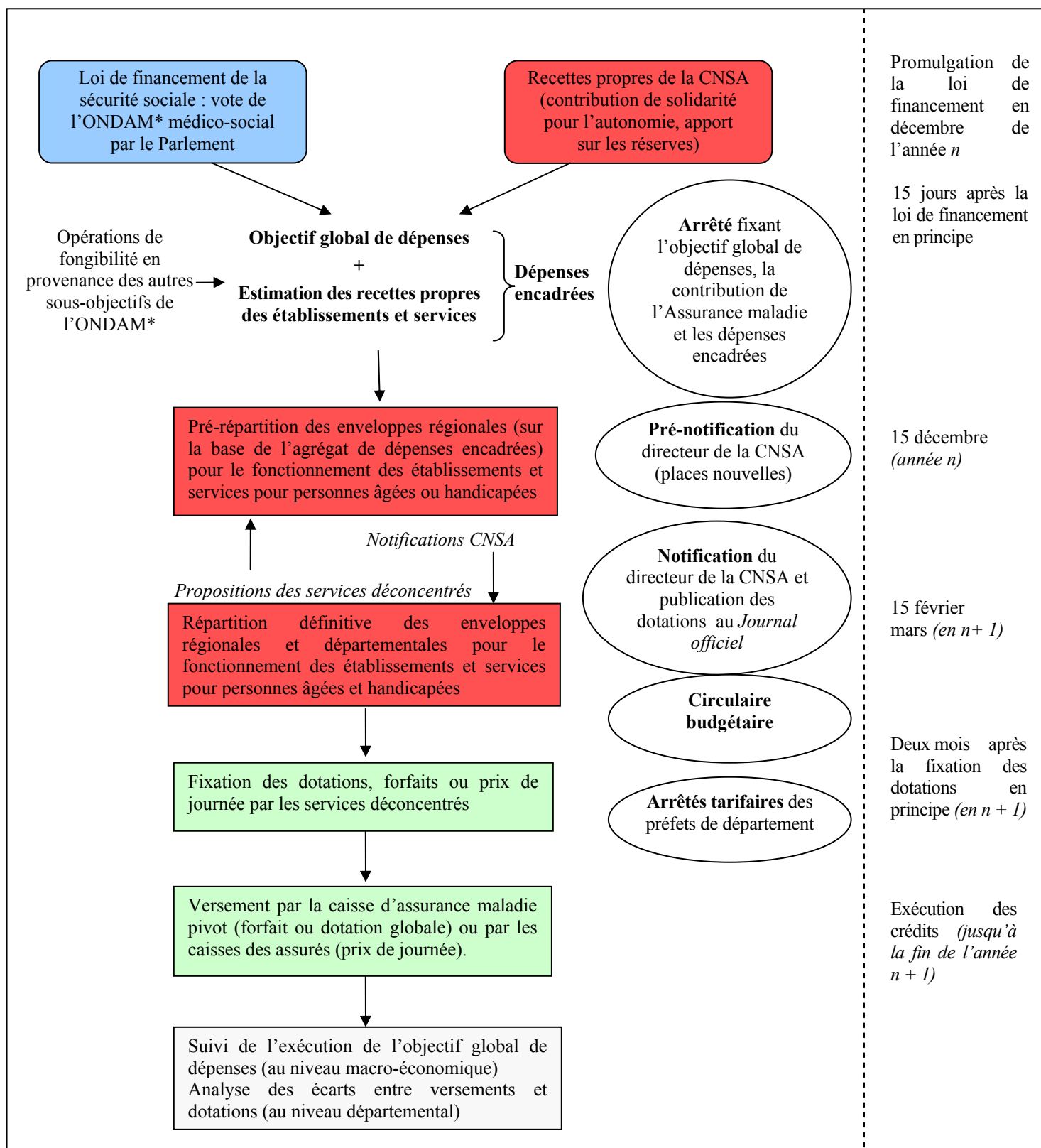
(1) Audition du 23 mars 2010.

(2) Par exemple en 2010, la circulaire budgétaire a été publiée à la fin mai (circulaire interministérielle du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées).

(3) Soit les caisses d'assurance maladie centralisant l'ensemble des paiements d'un même régime à un même établissement pour le paiement effectif des crédits médico-sociaux sous forme de dotation globale ou de prix de journée, sur la base des arrêtés signés par le préfet à l'issue de la campagne tarifaire.

(4) Table ronde du 2 février 2010.

De la fixation de l'objectif global de dépenses à son exécution



* ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

• *La délégation de crédits par la CNSA s'effectue sur la base des dépenses encadrées, et non de l'objectif global de dépenses.*

La CNSA procède à la répartition des financements⁽¹⁾ sur la base de l'agrégat de dépenses encadrées, conformément aux dispositions prévues par la loi⁽²⁾. Le montant des dépenses encadrées, supérieur à celui de l'objectif global de dépenses, représente le plafond d'autorisation de dépenses que peuvent accorder les services déconcentrés aux établissements et services médico-sociaux⁽³⁾.

Le montant de cet agrégat, fixé par arrêté, correspond à l'enveloppe de l'objectif global de dépenses augmentée des recettes annexes de tarification perçues directement par les établissements (« recettes atténuatives »). En effet, les établissements sont susceptibles de percevoir des ressources propres au titre des dépenses de soins (par exemple, des forfaits journaliers), qui s'ajoutent à la dotation globale ou au prix de journée des établissements, qui sont fixés sur la base de l'objectif global de dépenses. En d'autres termes, le tarif « soins » d'un établissement est égal à la somme de la dotation qui lui est allouée, sur la base de l'objectif global de dépenses, et de ses recettes propres, cette somme correspondant à la dépense totale de soins de l'établissement devant être régulée dans le cadre des dépenses encadrées.

Les ressources propres des établissements et services médico-sociaux n'ont cependant jamais fait l'objet d'un suivi particulier et sont estimées sur une base historique. En effet, le montant des dépenses encadrées est déterminé forfaitairement par application au montant de l'objectif global de dépenses d'un coefficient multiplicateur (de 1,024 pour les personnes handicapées et de 1,016 pour les personnes âgées), dont le montant n'a pas été modifié depuis 2006.

La rapporteure souligne l'extrême complexité résultant de la coexistence de ces trois agrégats (ONDAM médico-social, objectif global de dépenses et dépenses encadrées), dont il n'est guère surprenant qu'elle ait été source de confusions et d'erreurs dans l'allocation des crédits par les services déconcentrés.

(1) *Soit la répartition territoriale du montant annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, prix de journée et tarifs afférents aux prestations de soins des établissements et services.*

(2) *En application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.*

(3) *Établissements relevant des dispositions de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.*

La coexistence de trois agrégats de dépenses : de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social aux dépenses encadrées pour 2009

	ONDAM médico-social (a)	Apport de la CNSA (b)	Objectif global de dépenses (a + b)	Dépenses encadrées ⁽¹⁾
Total	14 144	1 458	15 602	15 860

Source : arrêté interministériel du 20 mars 2009

En effet, les dépenses encadrées, dont le montant était supérieur de 259 millions d'euros à celui de l'objectif global de dépenses en 2009, auraient dû constituer pour les services déconcentrés un plafond pour la dépense totale de soins, comprenant donc les recettes propres des établissements et services.

Or, comme l'ont indiqué M. Christophe Lannelongue et Mme Dorothée Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales ⁽²⁾, cette distinction entre l'objectif global de dépenses et l'agrégat de dépenses encadrées n'a pas toujours été bien interprétée. Ainsi, certaines directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ont considéré que le montant des enveloppes qui leur étaient notifiées par la CNSA relevait de l'objectif global de dépenses et que la totalité de ces crédits pouvait donc être répartie entre les établissements et services, dans le cadre de leur campagne de tarification. En d'autres termes, ces directions ont eu la possibilité de consommer chaque année un montant de crédits supérieur de 2 % au montant de l'objectif global de dépenses. Les directions départementales ont ainsi délégué près de 258 millions d'euros de plus que le montant des autorisations dont elles disposaient au titre de l'objectif global de dépenses.

Cette situation s'explique sans doute en partie par les modifications fréquentes de la réglementation relative aux forfaits journaliers. Comme l'ont précisé les membres de l'inspection générale entendus par la mission, cette erreur d'interprétation semble également résulter de ce qu'il n'a pas été clairement indiqué aux directions départementales que les crédits qui leur étaient alloués relevaient de dépenses encadrées prenant en compte les ressources propres des établissements, ceci n'ayant été explicité ni dans les circulaires de l'administration centrale ni dans les lettres de notification de crédits par la CNSA.

• *La procédure de « budgétisation » de l'objectif global de dépenses est essentiellement fondée sur des objectifs macro-économiques de dépenses.*

Le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année $n + 1$ est déterminé en appliquant à la base retenue (pour l'année n) un taux d'évolution, qui tient compte de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies escomptées. Par construction, la base retenue est

(1) Cet agrégat correspond donc à la somme de l'objectif global de dépenses personnes âgées multiplié par le coefficient multiplicateur de 1,016 correspondant à l'estimation des ressources propres des établissements, et de l'objectif global de dépenses pour les personnes handicapées multiplié par le coefficient de 1,024.

(2) Auditions du 2 février et du 31 mars 2010.

identique au montant de l'ONDAM médico-social prévu pour l'année n , sans donc qu'il soit tenu compte de l'exécution de celui-ci (dépenses effectives de l'année n).

Le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social est déterminé à partir de l'évaluation du coût des mesures de reconduction (comprenant notamment les mesures salariales et l'évolution des prix) ainsi que des mesures nouvelles, dont l'estimation dépend de la « tranche annuelle » des plans gouvernementaux à mettre en œuvre (évaluation du coût des objectifs de créations de places ou de médicalisation des établissements pour l'exercice considéré). La construction de l'objectif global de dépenses, qui correspond à la somme de l'ONDAM médico-social et de l'apport de la CNSA, procède d'une logique analogue.

Il en résulte que la construction de l'objectif global de dépenses ne relève pas d'un mécanisme classique de prévision budgétaire qui s'appuierait, d'une part, sur les dépenses effectives de l'année $n - 1$ et, d'autre part, sur le montant des autorisations d'engagements devant faire l'objet de décaissements au cours de l'année $n + 1$ ou $n + 2$. L'objectif global de dépenses est en effet élaboré à partir, d'une part, du montant de cet objectif fixé pour l'exercice antérieur et, d'autre part, d'objectifs macro-économiques de dépenses pour l'exercice considéré.

Relevant davantage d'une logique d'autorisations d'engagements que de crédits de paiements, la procédure de budgétisation apparaît ainsi déconnectée de la réalité de la dépense et d'un suivi précis des engagements de dépenses au niveau local⁽¹⁾, ce qui présente le risque qu'un décalage existe et s'amplifie. Ceci s'explique notamment par les faiblesses des systèmes d'information de la CNSA.

b) Des systèmes d'information qui ne permettent pas à la caisse de suivre précisément les dépenses effectives et les engagements

Dès 2006⁽²⁾, la Cour des comptes avait souligné combien la construction de systèmes d'information constituait un « enjeu très important pour la CNSA, qui a pour ambition de combler les lacunes existant dans le secteur médico-social ». La cour relevait également la dispersion des sources d'informations, le caractère très partiel des bases de données, qui ne permettait pas un suivi exact des crédits consommés et des places créées, ainsi que « l'ampleur du travail à réaliser ».

Au cours des auditions effectuées par la mission, ont toutefois été évoquées à de multiples reprises les faiblesses des systèmes d'information de la caisse.

Tout d'abord, comme l'ont souligné les auteurs du rapport récent des inspections générales sur l'objectif global de dépenses⁽³⁾, les systèmes

(1) Par exemple, lorsqu'une autorisation est délivrée pour la création d'une maison de retraite, qui n'ouvrira que dans deux ans (les crédits correspondant devant être décaissés à cette échéance).

(2) Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA, rapport particulier de la Cour des comptes (juillet 2006).

(3) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport de M. Christophe Lannelongue et de Mme Dorothée Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales, et de M. Olivier Le Gall, membre de l'inspection générale des finances, publié le 23 mars 2010.

d'information mis en place par la CNSA ont d'abord eu pour objectif d'appréhender les coûts de fonctionnement des établissements et services, afin de programmer les besoins de financement liés à la mise en œuvre des plans dans le secteur de la dépendance. En revanche, la mise en œuvre d'un système d'information permettant la remontée d'informations des établissements et services et constituant un outil pour le suivi et la programmation budgétaire s'est heurtée à plusieurs obstacles.

En effet, les systèmes d'information de la caisse dont a hérité la caisse⁽¹⁾ sont apparus inadaptés à l'ampleur de ses missions. La caisse a donc développé de nouveaux applicatifs (« SELIA » et « REBECA », présentés dans l'encadré ci-après) et assuré un suivi annuel de l'exécution des crédits aux niveaux départemental et régional, depuis 2006, ainsi que l'a indiqué Mme Évelyne Sylvain, directrice des établissements et services médico-sociaux de la CNSA⁽²⁾. Mais, ces systèmes d'information manquent de cohérence entre eux et se caractérisent par une « *conception d'origine parcellaire* », selon le rapport précité des inspections générales. Il apparaît ainsi, selon ce rapport, que la caisse a fait le choix de ne pas élaborer de schéma directeur des systèmes d'information, mais « *d'engager une démarche fonctionnelle en récupérant les données existantes et en prenant l'attache de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)* ». Cette démarche se serait cependant « *heurtée, selon la CNSA, à une réponse insuffisante de la CNAMTS* ». La caisse a ainsi retenu une démarche consistant à mettre en place des applications en vue de répondre, au fur et à mesure, à des besoins particuliers.

À cet égard, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), M. Frédéric Van Roekeghem⁽³⁾, a précisé devant la mission qu'il existe actuellement deux outils ayant des fonctions proches : le système « PRISMES » (outil informatique d'analyse budgétaire des établissements médico-sociaux), qui a été proposé à la CNSA et qui a évolué jusqu'en 2009 – date à laquelle la caisse a décidé d'arrêter toute possibilité d'évolution –, et l'applicatif REBECA que la CNSA a souhaité développer. La caisse a également la possibilité d'accéder au système national d'informations inter-régions d'assurance maladie (SNIRAM).

De fait, les systèmes d'information de la caisse ne permettent pas un suivi très précis de la consommation des crédits, en ne « descendant » pas jusqu'au niveau de l'établissement. À cet égard, comme l'a notamment souligné Mme Andrée Barreteau, représentante de la Fédération hospitalière de France⁽⁴⁾ devant la mission, il n'y a pas actuellement de remontée des comptes administratifs des établissements⁽⁵⁾. Le directeur de la sécurité sociale, M. Dominique Libault⁽¹⁾, a

(1) La caisse a notamment repris et fait évoluer le logiciel « SAISEHPAD », concernant le suivi de la médicalisation des établissements, qui était auparavant géré par l'administration centrale.

(2) Audition du 2 février 2010.

(3) Audition du 3 février 2010.

(4) Table ronde du 2 février 2010.

(5) En septembre 2008, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, La sécurité sociale, la Cour des comptes soulignait également que « ni la CNSA, ni les

également souligné le manque de données par exemple le taux d'occupation des places dans les établissements. Enfin, ni les systèmes d'information, ni les procédures comptables⁽²⁾ ne permettent de disposer de données fiables sur les engagements de dépenses, résultant des décisions des services déconcentrés.

Les différents systèmes d'information de la CNSA

– **SAISEHPAD** : il a pour but d'assurer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Développé par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et repris par la CNSA en juin 2006, cet outil doit faire l'objet d'une mise à jour continue par les services déconcentrés de l'État (DDASS) afin de permettre une exploitation statistique trimestrielle. Il permet l'analyse des coûts et la projection du besoin financier lié à la médicalisation des EHPAD. Le suivi trimestriel des conventions de médicalisation de deuxième génération (...) devra permettre d'attribuer les crédits non plus selon des critères de répartition a priori mais « sur facture ». Cet applicatif est appelé à évoluer afin de mieux prendre en compte les avenants et renouvellements de conventions et, plus généralement, de permettre des restitutions statistiques plus standardisées. La généralisation des conventions à l'ensemble du secteur donne aujourd'hui une réelle pertinence à la base SAISEPHAD.

– **REBECA** : avec REBECA, la CNSA entend disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires et des comptes administratifs des établissements et services pour personnes handicapées et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que de leurs indicateurs physico-financiers. Il se substitue à l'enquête « BP – CA » [budgets exécutoires – comptes administratifs]. Il doit notamment permettre d'analyser l'évolution des coûts de fonctionnement des établissements et services concernés et éclairer les éléments de formation des coûts en fonction des grands groupes de dépenses. Deux régions (Picardie et Aquitaine) ont expérimenté l'application en juin et juillet 2008, avant une généralisation à l'automne 2008 par le biais de trois journées de formation de formateurs réunissant agents des DRASS et des DDASS.

– **SELIA** : depuis 2006, la CNSA suit la création de places nouvelles. Ce travail, réalisé sur la base d'enquêtes par le pôle « programmation de l'offre de services », a connu une évolution qui rend difficile son exploitation historique. Pour 2006, la CNSA dispose de deux bases excel semestrielles avec ventilation géographique ; pour 2007, il y a toujours deux bases mais un tableau unique ; pour 2008, une base annuelle unique a été constituée. En suivant les places nouvelles au cours des différents stades de la procédure en commençant par les places en attente ayant reçu un avis favorable mais non financées puis autorisées et enfin installées, ce système d'information a permis à la CNSA d'étudier le « taux de chute » entre les projets présentés et ceux réellement autorisés. En revanche, l'approche retenue à l'origine n'a pas permis de suivre les réalisations en rattachant les projets à des crédits d'un exercice précis. La mise en place des enveloppes anticipées n'a fait que renforcer le besoin d'assurer le suivi à partir de la programmation des projets et de leur exercice de rattachement. La CNSA a donc engagé un travail de rénovation de ces bases dans le but de fiabiliser leurs données et de les suivre en continu. SELIA (suivi en ligne des installations et des autorisations) doit permettre le suivi historique des enveloppes de places nouvelles. »

Source : La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport conjoint des inspections générales des finances et des affaires sociales (mars 2010)

administrations centrales ne connaissent (...) le montant des dépenses effectives des établissements et services médico-sociaux, faute de remontée des comptes financiers ».

(1) Audition du 23 mars 2010.

(2) En effet, les crédits nécessaires à la réalisation des mesures nouvelles, qui s'étale fréquemment sur plusieurs exercices, sont réservés en totalité au sein des dotations départementales, mais cette affectation se fait de manière « extra comptable » et sans que soient formellement enregistrés les calendriers de paiements.

Il apparaît ainsi que les systèmes d'information ont d'abord été développés, non pas pour servir de base à la programmation budgétaire ou encore pour apporter un appui aux campagnes tarifaires engagées par les services déconcentrés, mais pour suivre les enveloppes réparties par la CNSA. Devant la mission, ont été évoqués plusieurs facteurs explicatifs de cette situation, notamment les délais de mise en œuvre des systèmes d'information et la nécessité de disposer des ressources humaines adéquates, ainsi que la priorité donnée à ce qui a été considéré comme la mission première de la caisse, c'est-à-dire la répartition équitable des moyens financiers sur le territoire. En d'autres termes, selon certaines personnes auditionnées, les faiblesses décrites plus haut illustreraient le fait que la CNSA a été conçue en premier lieu pour répartir et faire descendre rapidement les crédits, mais pas, en tout cas pas d'abord, pour suivre précisément et en temps réel la manière dont la dépense est exécutée au niveau local.

Certes, la CNSA lance régulièrement des enquêtes auprès des services déconcentrés, mais outre que celles-ci sont moins fiables qu'un système d'information intégré, elles représentent également une charge de travail importante, comme l'ont indiqué les représentants des services déconcentrés ⁽¹⁾.

Outre leurs conséquences concernant l'élaboration de l'objectif global de dépenses (cf. *supra*), les insuffisances des systèmes d'information sont aussi source de difficultés pour le suivi de la mise en œuvre des plans gouvernementaux. La mission de pilotage du plan Alzheimer a ainsi rencontré des difficultés pour obtenir de la caisse les montants notifiés aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ainsi que les créations de places intervenues concernant spécifiquement le plan Alzheimer. La responsable de la mission, Mme Florence Lustman ⁽²⁾, a notamment regretté devant la mission le manque de méthode fiable pour évaluer le nombre de places réalisées sur la mesure n° 1 du plan Alzheimer ⁽³⁾, relatives aux places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

c) Des progrès toutefois réalisés en matière de programmation

La CNSA est chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et services financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'État, en veillant à l'équité territoriale. Afin de répondre à cet objectif, un nouvel outil a été créé en 2005 ⁽⁴⁾ : le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC).

(1) Table ronde du 30 mars 2010.

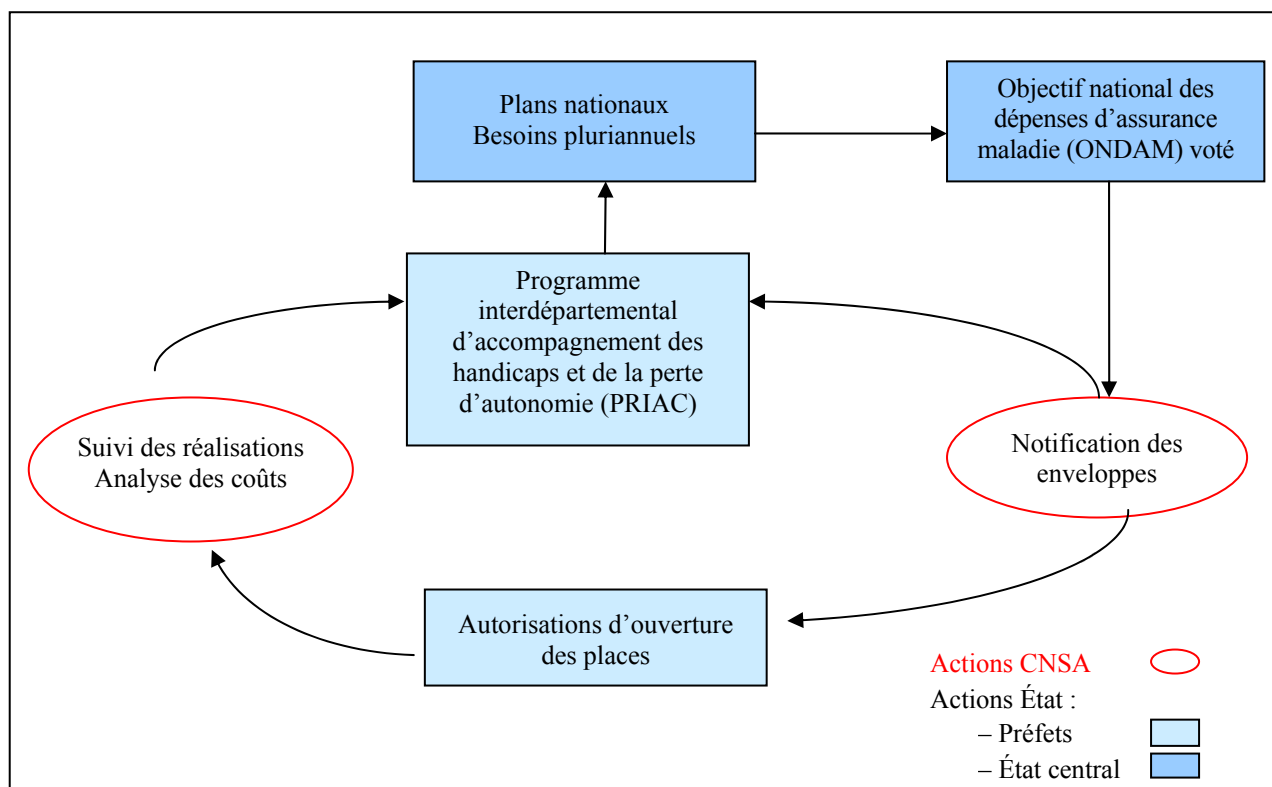
(2) Audition du 6 avril 2010.

(3) Il est en effet apparu nécessaire d'établir une base « T 0 », pour déterminer le nombre de places existantes dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Or cette information n'était pas disponible, aucun système d'information ne permettant de recenser ces places. Il a donc été nécessaire de lancer une enquête pour simplement pouvoir déterminer cette base « T 0 », alors même que le plan prévoyait des créations de places dès l'année 2008 (pour une dépense de près de 300 millions d'euros).

(4) Article 58 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 (article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles).

Établi par le préfet de région, en liaison avec les préfets de département concernés, et actualisé chaque année, le programme dresse, pour une période de cinq ans, les priorités interdépartementales en termes de création, d'extension ou de transformation d'établissements et services médico-sociaux, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Comme l'a indiqué Mme Évelyne Sylvain, directrice des établissements et services médico-sociaux de la caisse⁽¹⁾, la CNSA exerce une mission d'appui méthodologique pour l'élaboration des programmes. Plusieurs personnes entendues par la mission, en particulier les représentants des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales⁽²⁾, ont salué l'apport de la caisse dans ce domaine, la création des PRIAC ayant permis de donner une visibilité pluriannuelle à la programmation des équipements et services, à travers un outil innovant.

Le cycle programmation – notification – suivi des réalisations



Source : CNSA

Le programme est à la fois ascendant – en permettant l'expression des besoins de financement (nombre de places, coûts, publics) au niveau national, ayant vocation à éclairer les pouvoirs publics lors de l'élaboration et de l'examen de la loi de financement, ainsi que pour l'élaboration des plans pluriannuels de créations de places – et descendant – puisqu'il sert aussi, en tant qu'expression des priorités régionales, à la notification des crédits par la CNSA, comme l'illustre le graphique ci-dessus. Il permet également de donner plus de visibilité aux porteurs de projets, en identifiant les priorités de financement sur cinq ans.

(1) Audition du 2 février 2010.

(2) Table ronde du 30 mars 2010.

Pour être autorisées, les créations ou extensions des établissements et service doivent être compatibles avec les programmes interdépartementaux. Devant la mission, ont parfois été émis des interrogations concernant les conditions de leur élaboration et leur adéquation aux besoins locaux, voire le souhait qu'ils ne soient qu'un outil indicatif de programmation.

En tout état de cause, la rapporteure se félicite du progrès constitué par le déploiement de ces programmes, sous l'impulsion de la CNSA, qui a permis d'engager un rééquilibrage territorial, comme cela a été souligné devant la mission, mais aussi d'améliorer la procédure d'allocation budgétaire par une démarche plus ascendante.

2. Au niveau de son exécution : les délais de mise en œuvre des mesures nouvelles liés à la complexité des procédures d'autorisation et de financement des structures médico-sociales

La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses concernant les personnes âgées résulte en grande partie du décalage dans le temps entre les autorisations de mesures nouvelles (médicalisation et ouverture de places en maisons de retraite) et leur financement effectif. Si la définition du cadre juridique des procédures de conventionnement et d'autorisation et leur mise en œuvre relèvent de l'administration centrale et des opérateurs locaux, en particulier les services déconcentrés, et non de la CNSA, celle-ci a cependant engagé plusieurs actions pour promouvoir une consommation plus rapide des crédits.

a) Les retards du processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes

Avec le développement des capacités d'accueil par la création de places dans les établissements et services (volet quantitatif), la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui vise à accroître leurs moyens et à permettre le recrutement de personnels soignants, constitue un autre axe majeur du plan Solidarité - Grand âge (volet qualitatif).

Depuis la réforme de la tarification de ces établissements lancée en 1997, l'objectif d'amélioration de l'encadrement, du suivi et de la qualité de vie des personnes âgées qui y résident repose sur la signature de conventions tripartites entre le département, l'État et l'établissement concerné. Ces conventions précisent les objectifs de qualité à garantir et à atteindre par l'établissement, en contrepartie desquels l'État et les départements s'engagent à augmenter les moyens alloués. L'échéance de signature de ces conventions a été reportée à plusieurs reprises, comme l'a rappelé devant la mission le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Pierre Bayle⁽¹⁾, qui a qualifié de « *transitoire très*

(1) Audition du 15 décembre 2009.

durable » le retard pris dans le processus de conventionnement tripartite des établissements ⁽¹⁾.

Le processus de médicalisation de seconde génération (« pathossification ») engagé en 2007, dont la rapporteure souligne l'extrême complexité, repose sur une évaluation des besoins de soins des résidents, qui est effectuée par les médecins coordinateurs des établissements ⁽²⁾ à partir de la grille d'évaluation « PATHOS », qui est présentée ci-dessous, et validée par les médecins conseils de l'Assurance maladie. L'attribution des crédits au titre de la médicalisation, dans le cadre du nouveau mode de « tarification au GMPS ⁽³⁾ », requiert ensuite la signature ou le renouvellement des conventions tripartites.

Les référentiels relatifs à la politique de médicalisation des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

1. AGGIR : la grille nationale AGGIR (...) permet de décrire l'état de perte d'autonomie de la personne en la classant dans un groupe iso-ressources (...), GIR. Elle détermine en outre l'éligibilité à l'APA [allocation personnalisée d'autonomie] à domicile et en établissement. En EHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], l'ensemble des GIR des résidents détermine le nombre de points GMP (GIR Moyen Pondéré) qui sert au calcul des tarifs dépendance (...) ainsi qu'au calcul des dotations soins de l'assurance maladie.

*2. PATHOS : le référentiel PATHOS (...) vise à déterminer le niveau de charge en soins requis par le patient en perte d'autonomie hébergé en établissement, en complément de l'évaluation de son niveau de perte d'autonomie par la grille AGGIR. Ses principales caractéristiques sont décrites dans un arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée. Ce référentiel ne détermine pas l'éligibilité à une prestation contrairement à la grille nationale AGGIR. Le niveau de charge en soins des patients de l'établissement évalué avec l'outil PATHOS détermine cependant un nombre de points PMP (Pathos moyen pondéré) qui aboutira à une majoration de la dotation soins de cet établissement, selon l'équation simplifiée suivante : Dotations soins = nombre de résidents * [nombre de points AGGIR + (2,59 x nombre de points PATHOS)] x valeur du point GMPS.*

Il existe quatre valeurs de point GMPS entre 9,20 euros et 12,83 euros selon l'option tarifaire de l'établissement : tarif global ou partiel, avec ou sans PUI [pharmacie à usage intérieur]. Les personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD sont évaluées sous la responsabilité des médecins coordonnateurs des EHPAD. La coupe PATHOS est transmise pour contrôle et validation à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie.

Les outils AGGIR et PATHOS constituent des outils permettant : d'évaluer le niveau de dépendance et, en établissement, de charge en soins des personnes et d'en calculer une moyenne pour les résidents d'un établissement en vue de sa tarification ; de déterminer

(1) La loi du 24 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance avait fixé au 31 décembre 1998 une première date butoir pour l'achèvement du conventionnement. En pratique, celui-ci n'a été réalisé, et encore imparfaitement, qu'à la toute fin de l'année 2007.

(2) Dans les maisons de retraite médicalisées, les médecins coordonnateurs, dont les missions sont définies par le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, sont notamment chargés d'organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.

(3) Groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré.

l'éligibilité d'une personne âgée de 60 ans et plus à une prestation (AGGIR) ; de déterminer le panier de services nécessaire au vu des caractéristiques définies par l'utilisation des référentiels. En outre, ces référentiels, au travers des modalités d'appropriation par les acteurs et de l'analyse des données produites, peuvent être de véritables outils de régulation, en particulier pour l'allocation de ressources aux établissements. Ces référentiels constituent une base d'information importante pour améliorer la connaissance des publics en EHPAD et anticiper l'évolution des besoins, quel que soit le niveau d'intervention (national, ARS [agences régionales de santé], DRASS-DDASS [directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales] pour la tarification ; médecin coordonnateur au niveau de l'établissement). Les données collectées peuvent notamment permettre d'affiner les prévisions pluriannuelles de besoin en crédits d'assurance maladie (modélisation de la progression des variables GMP/PMP). L'utilisation de ces référentiels pour la tarification des établissements en fait des instruments de pilotage pour les financeurs, État et CNSA pour les crédits d'assurance maladie et conseils généraux pour leurs crédits. »

Source : rapport précité des inspections générales sur La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010)

La rapporteure se félicite des moyens importants dégagés en faveur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Les crédits d'assurance maladie engagés pour la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes depuis 2004

(En millions d'euros)

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Crédits	245	219	244	266	128	146	1 248

Source : CNSA

Dans 90 % des établissements, le processus de médicalisation a ainsi conduit à accroître de 30 % la part financée par l'Assurance maladie ⁽¹⁾. Ces moyens ont permis aux établissements de recruter davantage de personnels : ainsi, comme l'a indiqué à la mission le président d'honneur du Syndicat national de gérontologie clinique, membre du conseil de la CNSA, M. Jean-Marie Vetel ⁽²⁾, le taux d'encadrement – soit le nombre de postes (en équivalent temps plein) d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques rapporté au nombre de places des établissements – a progressé de 15 % en moyenne dans les établissements passés en tarification au GMPS ⁽³⁾ et s'élève à près de 30 %, contre 26 % dans les établissements relevant de l'ancien système tarifaire (dit de la dotation minimale de convergence ou « DOMINIC »).

Le processus de conventionnement ne permet cependant pas encore d'atteindre les objectifs fixés annuellement, comme l'illustre le tableau ci-après.

(1) Selon la direction générale de la cohésion sociale (audition du 23 mars 2010).

(2) Audition du 6 avril 2010.

(3) Taux d'encadrement de 29,83 %, correspondant à 66 172 équivalents temps plein prévus par les conventions (75 % d'aides soignants et 25 % d'infirmiers), rapporté au nombre total de places dans les établissements.

Les retards du processus de médicalisation : l'évolution du taux de conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes depuis 2004

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicalisation de 1^{ère} génération	Cumul des places depuis 2000	314 028	390 000	440 553	513 673	549 253	551 893
	Taux de conventionnement	56 %	69 %	78 %	91 %	97 %	99,6 %
Médicalisation de 2^{nde} génération (« pathossification »)	Cumul des places depuis 2006	-	-	2 706	75 192	158 712	254 815
	Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible à la fin de l'année <i>n</i>	-	-	4 %	51 %	64 %	45 %

Source : CNSA

Ces retards ont entraîné une sous-consommation des crédits de mesures nouvelles, prévues à ce titre dans le cadre de l'objectif global de dépenses, qui a représenté, en 2008, 48 millions d'euros, au titre du conventionnement initial, et 60 millions d'euros concernant la médicalisation de seconde génération⁽¹⁾. Les auditions de la mission ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs explicatifs de cette situation, résumés dans le schéma présenté ci-après :

– la notification dès 2006 des crédits pour la médicalisation de seconde génération, alors que les procédures de tarification au GMPS n'étaient pas encore totalement définies, entraînant ainsi un volume important de crédits de mesures nouvelles non consommés ;

– au niveau de l'établissement : les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs et des personnels paramédicaux, surtout dans les départements connaissant des problèmes de démographie médicale, les délais de formation et l'absence ou le temps de travail limité des médecins coordonnateurs dans les maisons de retraite (souvent à temps partiel), d'autant que les établissements sont souvent de petite taille et ne disposent pas de moyens comparables à ceux des départements de l'information médicale dans les établissements de santé⁽²⁾ ;

– les délais de formation des médecins coordonnateurs et des médecins conseils : en effet, la réalisation et la validation des « coupes PATHOS » (soit l'étude sanitaire des résidents de l'établissements et l'évaluation de leurs besoins ou « charges en soins », qui est effectuée par le médecin coordonnateur de l'établissement) requiert l'appropriation de ce référentiel, qui apparaît relativement sophistiqué. La mise en place d'un dispositif permanent de formation des personnels est donc fondamentale pour assurer le bon déroulement du processus de médicalisation, comme l'a souligné M. Jean-Marie Vetel devant la mission. Or, jusqu'à récemment, les formations ne commençaient qu'au second semestre, comme l'a rappelé Mme Évelyne Sylvain, directrice des établissements et services de la caisse⁽³⁾ ;

(1) Selon le rapport précité des inspections générales sur La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010).

(2) Audition du 2 février 2010 de Mme Évelyne Sylvain, directrice des établissements et services de la CNSA.

(3) Audition du 2 février 2010.

– les difficultés rencontrées par les personnels des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), liées notamment à leur mobilité, au recours à des contractuels ou encore à la formation ;

– les délais de validation des « coupes PATHOS » par les médecins conseils de l'Assurance maladie : en dépit de certains progrès récents, a en effet été évoquée devant la mission l'existence de délais trop longs dans certaines régions, pouvant être liés à un nombre jugé insuffisant de médecins-conseils, voire d'un véritable « goulot d'étranglement », ainsi que des inquiétudes concernant le nombre des médecins-conseils transférés dans les agences régionales de santé ;

– les désaccords sur les conditions de conventionnement entre l'établissement et l'Assurance maladie et les délais liés aux échéances de renouvellement des conventions tripartites, en principe conclues pour cinq ans ⁽¹⁾ ;

– les difficultés particulières pour certaines structures, en particulier les unités de soins de longue durée, ainsi que pour les établissements pour lesquels le passage à la tarification globale ou au GMPS présente un intérêt limité ⁽²⁾ ;

– la prudence des conseils généraux, qui s'explique par de multiples raisons. Tout d'abord, les départements peuvent souhaiter privilégier la création d'une offre nouvelle, sinon consacrer des moyens à d'autres politiques sociales, plutôt que renforcer l'offre existante, à travers la médicalisation des établissements.

Elle résulte également des difficultés financières « à suivre » les programmations de l'État et à prendre des engagements de dépenses supplémentaires à travers la signature de conventions de deuxième génération. En particulier, comme l'ont notamment rappelé les représentants des départements entendus par la mission ⁽³⁾, les postes d'aides-soignants et des aides médico-psychologiques sont pris en charge à hauteur de 30 % sur le tarif « dépendance » de l'établissement, fixé par le département, le reste l'étant sur le tarif « soins », pris en charge par l'Assurance maladie.

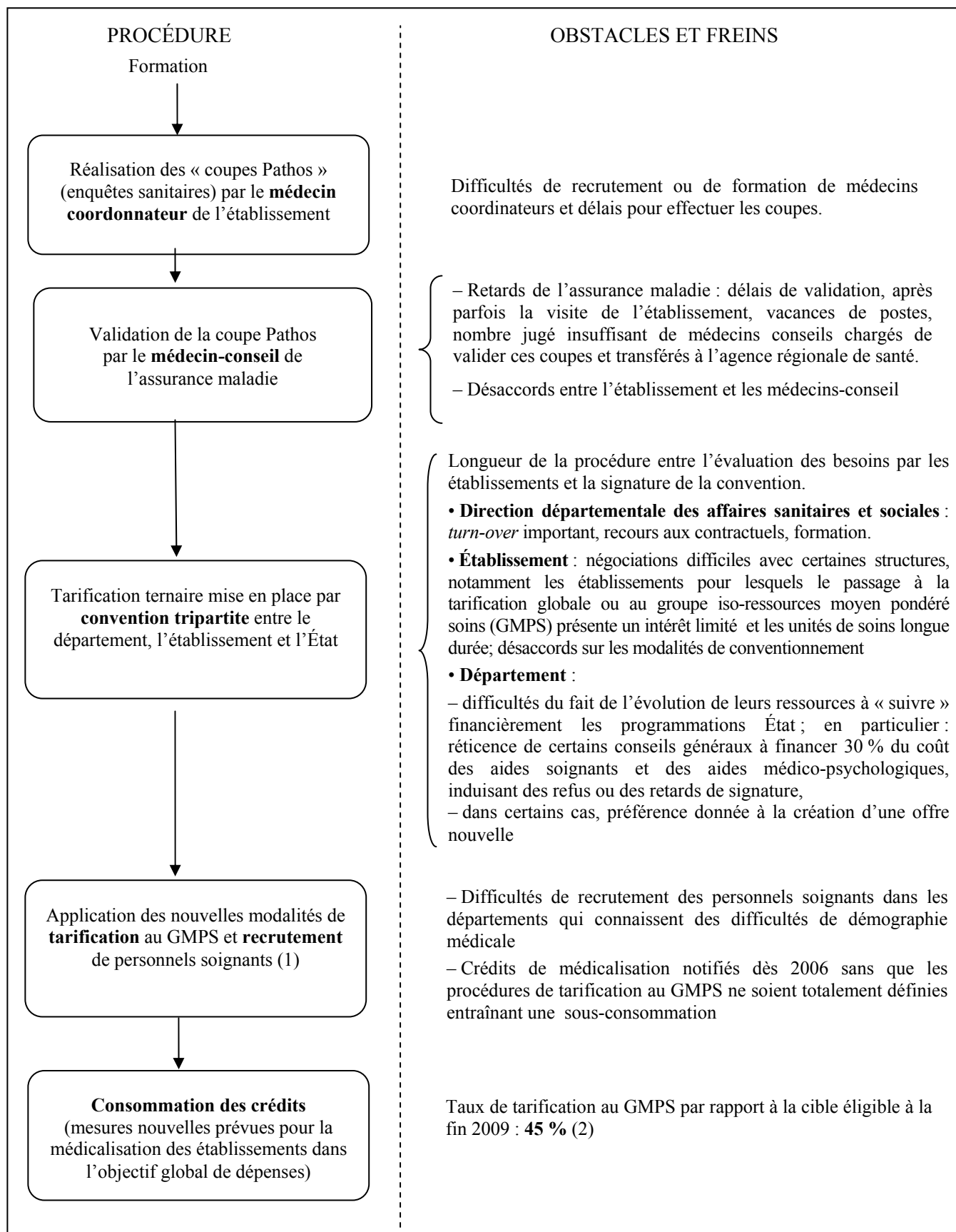
Selon l'Assemblée des départements de France, le coût pour les départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement en cas de maintien de cette règle du « 70-30 » pour les nouvelles aides-soignantes recrutées avec les moyens nouveaux résultant des coupes PATHOS, serait de 52 millions d'euros chaque année pendant les cinq ans de la montée en charge du renouvellement des conventions tripartites.

(1) Le rythme d'entrée dans la tarification au GMPS a été fixé par la circulaire ministérielle du 6 avril 2007 : il s'agit en priorité des établissements dont les résidents ont un niveau de dépendance élevé caractérisé par un GIR moyen pondéré (GMP) supérieur à 800, des établissements ayant fait le choix de l'option tarifaire globale et de ceux renouvelant leur convention tripartite.

(2) Selon le rapport précité des inspections générales sur La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010).

(3) Table ronde du 9 février 2010 avec les présidents de conseil général, membres du conseil de la CNSA, et les représentants de l'Assemblée des départements de France.

La procédure de médicalisation de seconde génération (« pathossification ») des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



(1) Progression moyenne de 15 % du taux d'encadrement dans le cadre du passage en tarification GMPS.

En tout état de cause, cette règle de répartition des charges, jugée parfois excessivement rigide, a représenté un facteur de complexité et parfois de blocage pour le renouvellement des conventions.

En outre, il est à noter que le renouvellement des conventions a pu être freiné par l'attente de la définition des conditions d'application du nouveau régime de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, issu de la loi de financement de la sécurité pour 2009⁽¹⁾ et d'un assouplissement éventuel de la « règle du 70 - 30 ». En tout état de cause, c'est sans doute dans les méandres de cette procédure de « pathossification » pour le moins byzantine que l'on peut trouver l'une des raisons de la sous-consommation des crédits destinés aux établissements pour personnes âgées.

b) Les délais d'ouverture des établissements et services : le décalage dans le temps entre la notification de crédits pour la création de places et leur consommation

Concernant le développement des capacités d'accueil des établissements et services pour personnes âgées, la sous-consommation des crédits résulte principalement des délais de mise en œuvre effective des projets, c'est-à-dire du décalage dans le temps entre la notification des crédits par la CNSA et la création des places, comme l'illustre le schéma présenté ci-après.

Ce décalage génère en effet une consommation « en biseau » des crédits correspondant à la création de places selon la formule de M. Denis Piveteau⁽²⁾, ancien directeur de la caisse. Les places installées en 2008 étaient ainsi très majoritairement financées par des crédits antérieurs à l'exercice 2008 (66 %).

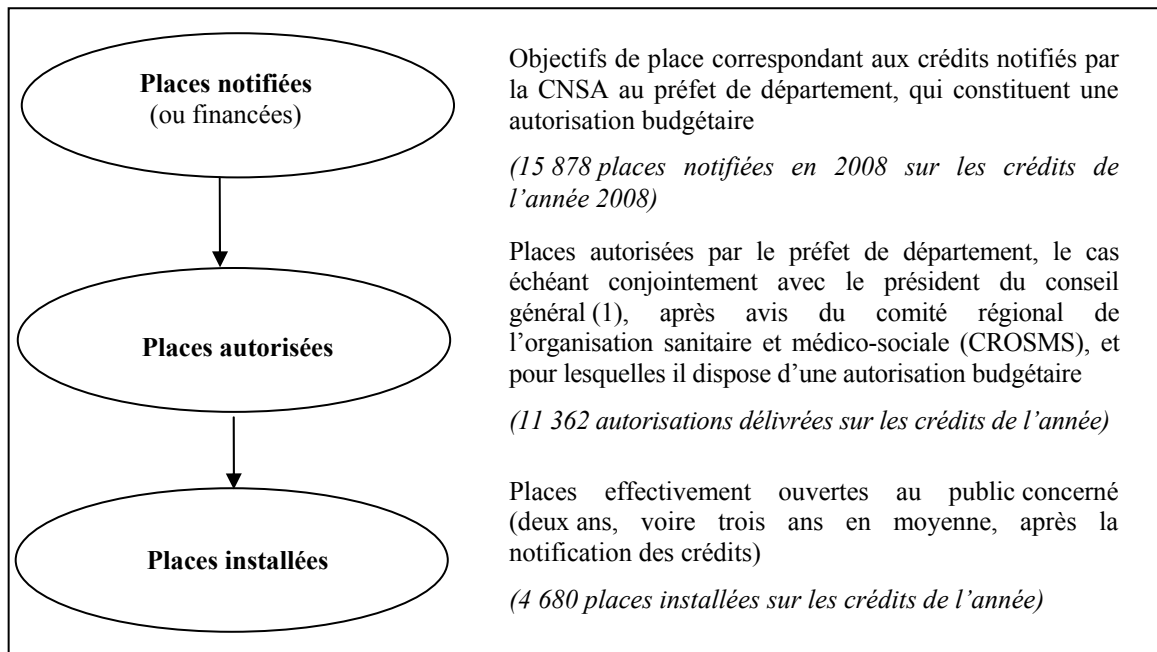
Cette situation s'explique principalement par le régime juridique des autorisations de création ou d'extension des établissements et services, qui sont subordonnées à la disponibilité des crédits dans les dotations départementales (excepté dans le cas des enveloppes anticipées, cf. *infra*), compte tenu des délais d'ouverture des établissements. En effet, pour autoriser l'ouverture d'un établissement, le préfet doit avoir dans l'enveloppe notifiée par la CNSA les crédits correspondant à son financement⁽³⁾. Or, entre la délivrance de l'autorisation et l'ouverture d'un établissement (réalisation de la dépense), il peut se passer deux à trois ans, voire plus, pendant lesquels les crédits ouverts sont par définition non consommés. En d'autres termes, l'autorisation entraîne une réservation des crédits obtenus au cours d'une année *n*, alors que l'utilisation de ces moyens n'intervient que lors de l'installation effective des places autorisées dans les établissements.

(1) L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ayant modifié la rédaction de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, relatif au financement des établissements.

(2) Audition du 12 janvier 2010.

(3) L'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi que l'autorisation pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services est accordée notamment si le projet « présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations (...) au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation ».

La notification, l'autorisation et l'installation des places nouvelles dans les établissements pour personnes âgées



(1) L'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles précise les catégories d'établissements dont la création ou l'extension est soumise à une autorisation conjointe du préfet et du président du conseil général.

Source : chiffres sur les places notifiées, autorisées et installées extraits du Suivi de la réalisation des places nouvelles en établissements et services pour personnes âgées en 2008, réalisé par la CNSA

Les délais d'ouverture des établissements peuvent résulter de divers aléas, liés par exemple à des problèmes de foncier disponible, à des recours engagés par des riverains, à la durée des travaux immobiliers – des représentants des services déconcentrés⁽¹⁾ ayant soulevé, à cet égard, la question de l'analyse de la capacité des opérateurs à mener les projets à terme dans les délais prévus –, ainsi qu'aux délais de recrutement des personnels.

En amont et de manière moins névralgique, ont également été évoqués les délais afférents à la procédure d'autorisation des projets de création ou d'extension des établissements, liés notamment aux « fenêtres de dépôts » des demandes d'autorisation⁽²⁾ et d'examen par le comité régional de l'organisation sanitaire et médico-sociale – CROSMS⁽³⁾ –, ou à la nécessité de recommencer la procédure si l'autorisation est devenue caduque au bout de trois ans⁽⁴⁾.

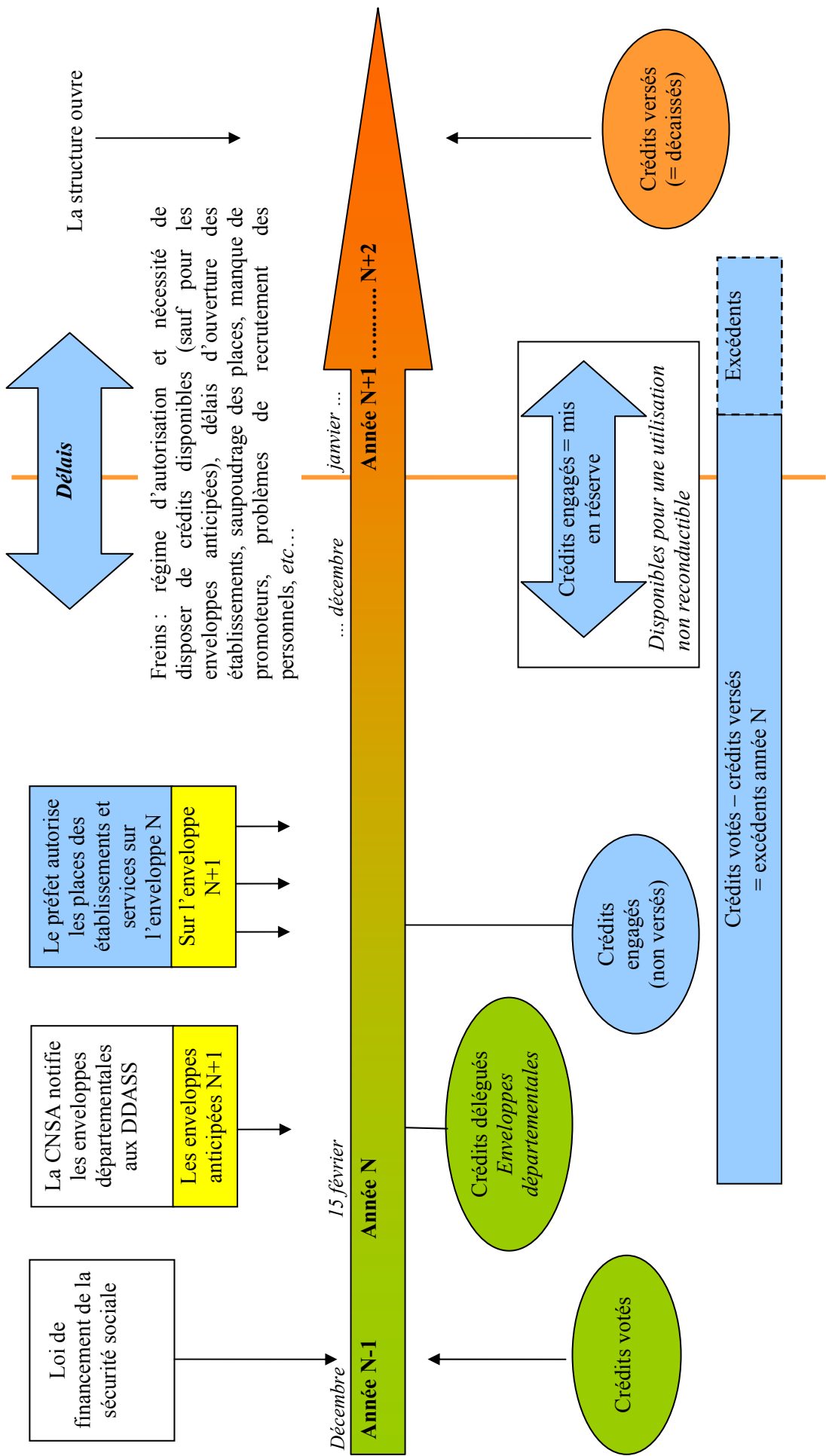
(1) Table ronde du 28 mars 2010.

(2) En application de l'article R. 313-6 du code de l'action sociale et des familles, des périodes d'examen des demandes sont fixées par arrêté du préfet de région pour chaque catégorie d'établissement ; ainsi, quel que soit leur ordre d'arrivée au cours de chaque période, toutes les demandes sont examinées en même temps.

(3) Le CROSMS réunit notamment des représentants des services déconcentrés de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale, des personnes morales gestionnaires et des usagers d'établissements des établissements sociaux et médico-sociaux, des travailleurs sociaux et des professions de santé, du conseil régional de santé et des personnalités qualifiées (R. 312-182 du même code).

(4) L'article L. 313-1 du même code prévoit en effet que toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa date de notification.

Des délais de créations de place à l'origine des excédents



En outre, le fait qu'un projet puisse recevoir un avis favorable par ce comité régional, au sein duquel sont notamment représentés les services déconcentrés, mais qu'il ne soit pas ensuite autorisé, suscite parfois un sentiment d'incompréhension. Par ailleurs, l'autorisation ne peut être accordée que si le projet est compatible avec le programme interdépartemental du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC). Or la prise en compte de certains besoins et orientations dans ces programmes interdépartementaux a parfois été jugée trop lente.

La sous-consommation des crédits pour la création de places peut également résulter du manque de promoteurs dans certains départements, en particulier pour certaines structures telles que les accueils de jour ou l'hébergement temporaire, ainsi que d'un « saupoudrage » des places au niveau départemental, c'est-à-dire l'allocation d'un nombre de places trop faible pour permettre l'ouverture d'un nouvel établissement. En outre, l'implication des directions départementales des affaires sanitaires et sociales peut être variable, certaines étant, semble-t-il, plus prudentes dans l'allocation des crédits.

Peuvent enfin apparaître des problèmes d'articulation entre les programmes interdépartementaux et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, adoptés par les conseils généraux (cf. *infra*), voire des difficultés à soutenir le financement de nouvelles capacités d'accueil, en raison des coûts ultérieurs de fonctionnement de l'établissement pour le département, en charges de personnel.

En définitive, l'ensemble de ces freins produit un « effet report » des mesures nouvelles jusqu'au paiement effectif lors de l'installation des places autorisées ou la mise en œuvre de la convention de médicalisation. Ces crédits réservés ou « gagés », qui ne sont pas consommés dans l'année, sont reconduits l'année suivante dans la dotation allouée aux services déconcentrés, ce phénomène accentuant le phénomène de sous-consommation, en créant un effet « boule de neige », ainsi que l'ont expliqué les auteurs du rapport précité des inspections générales sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses.

c) Des actions engagées par la caisse afin de remédier à ces difficultés, en particulier le déploiement des enveloppes anticipées

Concernant les conditions de gestion des crédits de la CNSA au niveau local, dans le cadre des procédures d'autorisation et de conventionnement évoquées plus haut, plusieurs personnes entendues par la mission ont estimé que la CNSA « *n'est pas en position pour intervenir* » ou encore qu'« *elle n'y peut pas grand-chose* ». Elle s'est néanmoins efforcée de remédier à la sous-consommation des crédits, à travers notamment les actions suivantes.

● *Le déploiement des « enveloppes anticipées »*

Afin d'accélérer la création de places en établissements, la CNSA a proposé, dès 2006, la création par la loi d'un mécanisme d'« enveloppes

anticipées ». Ce nouveau mécanisme de notification⁽¹⁾ permet à la CNSA de répartir par anticipation aux services de l'État des enveloppes financières correspondant à des crédits qui n'ont pas encore été votés par le Parlement.

Si ces moyens ne peuvent être consommés qu'à partir des années $n + 1$ et $n + 2$, voire $n + 3$, elles permettent cependant la délivrance d'autorisations par les préfets, dès l'année n , les porteurs de projets pouvant commencer leurs travaux sans plus attendre. Il constitue ainsi le prolongement logique de l'approche pluriannuelle portée par les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (*cf. supra*). Le volume des enveloppes anticipées s'est progressivement accru depuis sa création, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Le développement des enveloppes anticipées dans le secteur des personnes âgées

(En millions d'euros)

Enveloppe anticipée notifiée	EA 2007	EA 2008	EA 2009	EA 2010	EA 2011	EA 2012
2006	34					
2007		33	17			
2008			37	37		
2009				52	62	20

Source : CNSA

Comme plusieurs personnes entendues par la mission, la rapporteure se félicite du progrès constitué par le déploiement de ce dispositif innovant, visant à accélérer la mise en œuvre des plans nationaux et qui commence à produire ses effets, comme l'a souligné le président du conseil de la caisse, M. Francis Idrac⁽²⁾. Malgré la mise en place de ce mécanisme, il semblerait cependant que des services ont continué à financer les projets par tranches et par exercice plutôt que de mobiliser l'ensemble des moyens sur un seul projet pour éviter le « saupoudrage », comme l'a souligné la mission conjointe des inspections générales⁽³⁾.

● *L'accompagnement de la médicalisation par le développement des actions de formation concernant les référentiels AGGIR et PATHOS*

La CNSA s'est fortement impliquée en 2009 afin de favoriser l'appropriation de l'outil PATHOS et les nouvelles modalités du référentiel AGGIR par ses utilisateurs (les médecins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Cette formation se systématisait avec une organisation nationale, animée par la caisse et par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. L'organisation de journées de formation nationale réunissant les formateurs régionaux PATHOS et les médecins conseils a permis une concertation sur les modalités d'évaluation des personnes accueillies en établissement.

(1) Prévus par l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Audition du 7 avril 2010.

(3) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport de Mme Dorothée Imbaud et de M. Christophe Lannelongue, membres de l'inspection générale des affaires sociales, et de M. Olivier Le Gall, membre de l'inspection générale des finances (publié le 23 mars 2010).

De plus, le président d'honneur du Syndicat national de gérontologie clinique, M. Jean-Marie Vetel⁽¹⁾, a organisé, avec l'appui de la caisse, les formations destinées à rendre accessibles aux utilisateurs, y compris les conseils généraux, les nouvelles modalités d'évaluation de la dépendance dans le cadre du référentiel AGGIR.

- *Les autres actions engagées par la caisse*

Afin de limiter le phénomène de sous-consommation, la CNSA s'est attachée à promouvoir l'amélioration de la programmation des besoins prioritaires (cf. *supra*), ainsi qu'une meilleure mobilisation par les services déconcentrés des crédits disponibles au niveau local pour des dépenses transitoires de formation ou d'investissement par exemple.

Les conditions d'utilisation de ces « crédits non reconductibles » par les services déconcentrés illustrent cependant l'importante autonomie de gestion dont ils disposent et, au-delà, certains points faibles de la gouvernance actuelle, caractérisée par l'éclatement des responsabilités entre les acteurs.

3. Au niveau de son pilotage : des faiblesses liées à la dispersion des responsabilités et au positionnement ambigu de la CNSA

Outre la CNSA, plusieurs acteurs interviennent dans la gestion des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux : l'administration centrale et les services déconcentrés de l'État, l'Assurance maladie et les conseils généraux.

a) Une répartition peu claire des compétences entre l'État et la CNSA et un dialogue de gestion limité de la caisse avec les services déconcentrés, qui disposent d'une importante autonomie de gestion

Dans le domaine médico-social, les administrations centrales – principalement la direction générale de la cohésion sociale, qui est le chef de file, mais aussi la direction de la sécurité sociale, la direction du budget ou encore la direction générale de l'offre de soins – sont chargées de la définition du cadre réglementaire et des orientations stratégiques. Jusqu'à la création des agences régionales de santé (ARS), intervenue le 1^{er} avril 2010, elles disposaient par ailleurs de la tutelle sur les services déconcentrés de l'État.

- *Une répartition parfois ambiguë des responsabilités entre l'administration centrale et la caisse*

Devant la mission, ont été évoquées certaines zones d'ombres dans les relations et la répartition des compétences entre la CNSA et ses autorités de tutelle, en particulier la direction générale de la cohésion sociale, nourrissant un certain nombre d'interrogations sur le « qui fait quoi ? ». Trois exemples en témoignent.

(1) Audition du 6 avril 2010.

Tout d'abord, concernant la procédure d'allocation des crédits, des circulaires de l'administration centrale et de la CNSA ont pu donner l'impression d'être redondantes, voire, comme l'a notamment indiqué devant la mission M. Jean-Alain Margarit ⁽¹⁾, président du Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA), d'être contradictoires.

En outre, concernant le plan Alzheimer pour 2008-2012, la CNSA a notifié aux services déconcentrés, dès mars 2008, 180 millions de crédits pour permettre l'adaptation des établissements pour personnes âgées à l'accueil des personnes atteintes par cette affection. La caisse a ainsi sélectionné plusieurs projets, mais cette sélection s'est faite avant que ne soit arrêté le cahier des charges définissant les « unités Alzheimer ⁽²⁾ » et déterminant les critères devant être respectés par les porteurs de projet. Celui-ci n'a finalement été défini et diffusé par la direction générale de l'action sociale qu'en avril 2009. De ce fait, les projets qui avaient été retenus par la caisse n'ont pas été considérés par la mission de pilotage du plan Alzheimer comme relevant des 180 millions d'euros de crédits prévus à ce titre par ce plan. En définitive, les difficultés de coordination entre la CNSA et l'administration centrale auront conduit à retarder de près de deux ans la mise en œuvre du plan Alzheimer.

On peut enfin se demander dans quelle mesure l'erreur d'interprétation des services déconcentrés relative aux dépenses encadrées (cf. *supra*) et l'absence d'explicitation de la distinction entre cet agrégat et l'objectif global de dépenses, dans les circulaires de l'administration centrale et les lettres de notification des crédits de la CNSA, ne résultent pas aussi des interrogations entourant le partage de leurs responsabilités.

● *Une absence de positionnement clair de la CNSA comme tête du réseau des services déconcentrés et les limites du dialogue de gestion avec ces services*

La CNSA ne disposant pas de correspondants territoriaux, elle s'appuie sur les services déconcentrés de l'État, avec lesquels elle conduit un échange, par exemple dans le cadre des réunions annuelles avec chaque collègue des directeurs des services au niveau régional et départemental (directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales), en vue d'identifier les difficultés ou retards de mise en œuvre et les besoins d'appui, ou encore des deux réseaux de correspondants mis en place sur les plans d'aide à l'investissement et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), pour une animation suivie sur ces questions. Ces échanges ont permis à la caisse d'identifier certaines difficultés, par exemple la question de la prise en charge des frais de transports pour développer l'accueil temporaire.

Le rôle d'appui et le dialogue de la caisse avec les services déconcentrés présentent toutefois plusieurs limites, notamment en matière de suivi des

(1) *Audition du 19 janvier 2010.*

(2) *Unités d'hébergement renforcées (UHR) et pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).*

engagements financiers, qui ne permet pas d'assurer la programmation des dépenses prévisionnelles sur les exercices suivants, ainsi que d'échanges sur la gestion budgétaire en cours et l'analyse des pratiques au niveau local, par exemple l'usage croissant des crédits non reconductibles (cf. *infra*). De ce fait, la procédure d'allocation des ressources peut sembler en partie déconnectée du pilotage et de l'animation des services. À cet égard, l'absence de hiérarchie forte entre les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et la CNSA ou du moins, son positionnement incertain comme tête de réseau, ont été signalés comme un point faible du dispositif actuel.

En outre, les représentants des services déconcentrés ⁽¹⁾ ont fait part à la mission de leurs attentes en matière d'appui à la tarification, d'autant que la procédure d'allocation des ressources représente une part très importante de leur activité. En effet, ceux-ci doivent bien souvent « bricoler » des tableaux excel pour leur campagne de tarification, en étant par ailleurs souvent sollicités pour répondre aux diverses enquêtes lancées par la caisse et l'administration centrale, qui s'avèrent particulièrement chronophages.

● *Des services disposant d'une importante autonomie de gestion : l'exemple des « crédits non reconductibles »*

Les crédits non reconductibles désignent les crédits réservés correspondant aux mesures nouvelles (créations de place et médicalisation) notifiées et autorisées, mais dont la consommation n'interviendra pas dans l'année, et qui peuvent être utilisés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Cette procédure leur permet ainsi d'attribuer aux établissements des moyens complémentaires, qui doivent en principe rester ponctuels et donc ne pas financer de mesures pérennes de fonctionnement. Ces crédits financent traditionnellement trois types de mesures : des actions de formation, de remplacement de personnels et des mesures d'aide à la rénovation.

L'administration centrale et la CNSA, dans le cadre des circulaires et des lettres de notification transmises aux préfets, ont progressivement encouragé l'utilisation de ces crédits pour le financement de projets d'investissement, en vue notamment de limiter la sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, en transformant progressivement la nature et la doctrine d'emploi de ces crédits. Comme l'ont souligné devant la mission M. Christophe Lannelongue et Mme Dorothee Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales ⁽²⁾, le recours aux crédits non reconductibles s'est significativement accru au fil du temps, avec par exemple une augmentation de 31 % entre 2008 et 2009, pour représenter au total plus de 600 millions d'euros en 2009. Or, une part importante de ces crédits – près de 15 % – est en réalité utilisée pour des dépenses de fonctionnement pérennes des établissements et services, correspondant à environ 84 millions d'euros de mesures nouvelles non autorisées, ce qui apparaît pour le moins

(1) Table ronde du 30 mars 2010.

(2) Audition du 31 mars 2010.

préoccupant, d'autant que le niveau de consommation de ces crédits et leurs conditions d'utilisation ne font pas l'objet d'un suivi resserré au niveau central.

b) Une coopération insuffisante avec l'Assurance maladie

Dans le domaine médico-social, l'Assurance maladie est chargée de valider les critères de calculs des charges de médicalisation des établissements (validation des « coupes PATHOS ») et de procéder aux paiements qui résultent de la tarification effectuée par les préfets. La coopération et l'articulation des compétences entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les caisses locales d'assurance maladie, la CNSA et les services de l'État présentent plusieurs limites.

Tout d'abord, depuis la création de la caisse, la CNAMTS ne s'estime plus véritablement concernée par la gestion de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, et il semble que la collaboration entre ces deux organismes se soit limitée à des opérations ponctuelles. L'échange d'informations et l'exploitation des données de la CNAMTS restent également à développer, concernant notamment le suivi financier des dépenses effectives relevant de l'objectif global de dépenses.

En outre, au niveau local, il n'y a pas de mise à la disposition systématique des services déconcentrés des données concernant les versements effectués par les caisses d'assurance maladie et, en sens inverse, les caisses pivots d'assurance maladie n'effectuent pas de contrôle des montants tarifés au regard des enveloppes départementales notifiées aux services déconcentrés, dont elles ne sont pas destinataires. Il en résulte deux circuits parallèles concernant le paiement et la tarification, cette situation pouvant conduire à des dépassements d'enveloppe sans que les acteurs concernés ne soient en mesure de réagir.

c) Une articulation à améliorer entre les services de l'État et les conseils généraux en termes de planification et de programmation

Les départements disposent de compétences importantes dans le secteur médico-social, en matière notamment de planification, à travers l'élaboration des schémas départementaux ⁽¹⁾ et d'organisation de la coordination des acteurs dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées ou des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pour les personnes âgées. Enfin, ils jouent un rôle majeur dans le financement des établissements et services médico-sociaux, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

(1) Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont notamment pour objet d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante et de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création d'établissements et services (article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles).

L'imbrication des responsabilités respectives des départements, de l'État et de l'Assurance maladie a souvent conduit au développement d'une concertation, voire d'un véritable partenariat entre les services des conseils généraux et ceux des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Le dispositif actuel n'en présente pas moins certaines marges de progrès, concernant notamment les points suivants.

Tout d'abord, comme l'a souligné devant la mission le président de la cinquième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Pierre Bayle⁽¹⁾, l'« outil PRIAC » (programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) ne pourra être vraiment efficace que lorsque l'ensemble des départements concernés sera doté d'un schéma gérontologique précis, seul susceptible de classer les projets par ordre de priorité, les financements étant à défaut alloués le plus souvent par ordre d'arrivée des demandes.

En outre, selon M. Christophe Lannelongue, membre de l'inspection générale des affaires sociales⁽²⁾ entendu par la mission, le contenu des schémas départementaux s'avère assez hétérogène et, de fait, rares sont ceux qui disposent d'une annexe financière programmant de façon pluriannuelle les établissements ou services à créer. Il peut également que dans certains cas, ont pu survenir des divergences de vues sur l'analyse des besoins locaux (qui peut être effectuée sur la base du taux d'équipement du département ou de l'examen des listes d'attente), voire de sérieuses difficultés dans les relations entre les services de l'État et le département, conduisant à bloquer la mise en œuvre des projets. Ainsi, dans un cas évoqué par M. Christophe Lannelongue, le conseil général a refusé de s'associer à la mise en œuvre des créations de place, obligeant le préfet à réaffecter les crédits concernés à un autre département au sein de la région. Le rapport des inspections générales⁽³⁾ évoque également le cas d'un département ayant souhaité infléchir la répartition des créations de place en faveur des établissements pour enfants handicapés « *sans véritablement pouvoir dialoguer avec la CNSA* ».

En outre, les échanges d'information semblent parfois limités entre les services déconcentrés de l'État et les conseils généraux. Ainsi, les représentants des services des conseils généraux entendus par la mission⁽⁴⁾ n'ont pas été en mesure d'indiquer le nombre d'établissements « pathossifiés » dans leur département, faute de retour d'information des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Il a également été souligné l'absence de lien direct entre les services des conseils généraux et la CNSA.

(1) Audition du 15 décembre 2009.

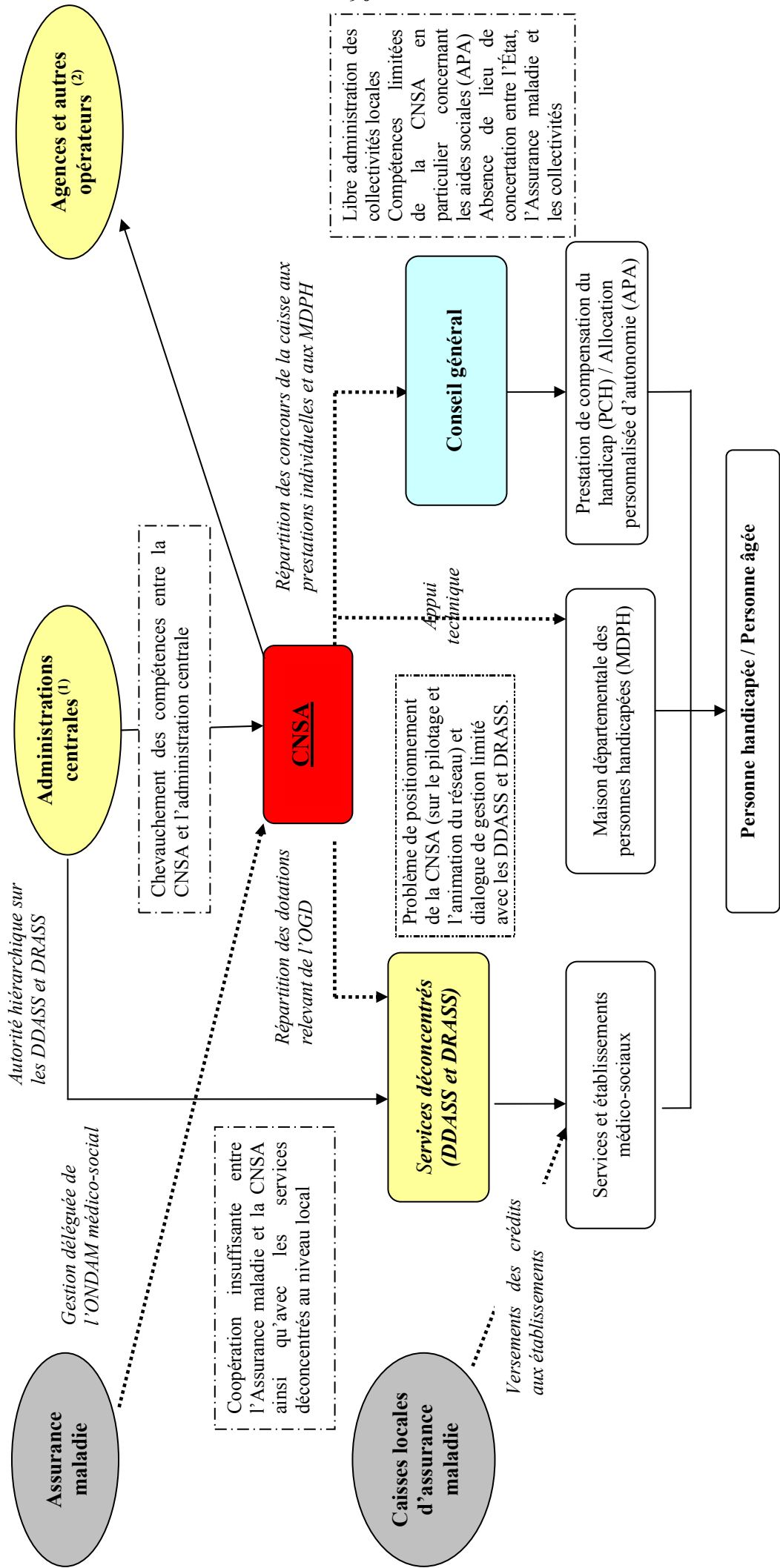
(2) Audition du 31 mars 2010.

(3) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport de Mme Dorothée Imbaud et de M. Christophe Lannelongue, membres de l'inspection générale des affaires sociales, et de M. Olivier Le Gall, membre de l'inspection générale des finances (publié le 23 mars 2010).

(4) Table ronde du 28 avril 2010.

Il apparaît dès lors nécessaire de corriger certaines faiblesses du pilotage stratégique, d'améliorer la gestion des crédits médico-sociaux et de consolider la CNSA : il s'agit d'un organisme assez récent, mais son bilan s'avère globalement satisfaisant.

Le positionnement institutionnel de la CNSA et la dispersion des responsabilités entre les différents acteurs



(1) Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)...

(2) Par exemple, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP). La caisse apporte une contribution financière à certaines agences et participe à l'élaboration de leur programme de travail dans le champ médico-social.

III.- IL CONVIENT D'AMÉLIORER LA GESTION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX ET DE RENFORCER LA CNSA

L'action de la CNSA a été saluée par de nombreuses personnes entendues par la mission et l'on peut rendre hommage à ses équipes, qui ont contribué au développement de modes de travail partenariaux et souvent innovants avec les opérateurs de terrain et, plus globalement, à la poursuite d'une dynamique et d'un engagement soutenu en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Sans remettre en cause les grandes lignes du dispositif actuel, il convient pourtant de corriger certains « défauts de jeunesse » et, dans son double rôle d'agence et de caisse, de consolider l'action et les moyens de la CNSA, concernant la gestion des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, son organisation, les maisons départementales des personnes handicapées et les aides individuelles.

A. CONCERNANT LA GESTION DES MOYENS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Plusieurs axes de réforme doivent être poursuivis : améliorer la procédure budgétaire et le suivi des dépenses, adapter les modalités d'autorisation et de tarification des établissements, renforcer le pilotage des pilotages ainsi que l'évaluation et le contrôle de la caisse.

1. Améliorer la procédure budgétaire et le suivi des dépenses

a) En simplifiant la procédure par la suppression des dépenses encadrées et en avançant le calendrier de répartition des crédits

L'agrégat de dépenses encadrées rend indéniablement et exagérément complexe la procédure d'allocation des ressources aux établissements médico-sociaux, et l'on ne peut guère s'étonner de la confusion qu'elle a suscitée pour les services déconcentrés quant à la nature des crédits qui leur sont délégués. En outre, l'estimation historique du montant des recettes annexes perçues par les établissements est très probablement surestimée ⁽¹⁾ et, de fait, les ressources propres des établissements semblent assez marginales. La suppression des dépenses encadrées par la loi ⁽²⁾ simplifierait donc le dispositif actuel et permettrait aussi aux agences régionales de santé – mises en place en avril 2010 et qui se sont notamment substituées aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales – de suivre et de comparer les dotations, qui leur seraient désormais allouées par la CNSA sur la base de l'objectif global de dépenses, et les versements effectués par les caisses d'assurance maladie aux établissements et services.

(1) Pour les raisons techniques évoquées par la CNSA dans sa réponse au rapport conjoint des inspections générales, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010).

(2) Il conviendrait pour cela de modifier l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

La délégation des crédits par la CNSA aux agences régionales de santé pourrait par ailleurs être avancée à la fin du mois de janvier. Cela supposerait, d'une part, que l'arrêté fixant le montant de l'objectif global de dépenses soit publié au mois de janvier, conformément aux textes ⁽¹⁾. À cette fin, la caisse pourrait organiser entre septembre et décembre de l'année $n - 1$, des échanges techniques avec les agences concernant leur budget prévisionnel. La prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la caisse et l'État, qui est en cours de préparation, pourrait fixer ces objectifs. Ainsi, la campagne tarifaire pourrait commencer plus rapidement, ce qui serait de nature à favoriser une meilleure consommation des crédits au cours de l'exercice considéré.

Proposition : Supprimer la délégation des crédits par la CNSA sur la base des dépenses encadrées ; supprimer cet agrégat et déléguer ces crédits sur la base de l'objectif global de dépenses. Mettre en place une procédure de répartition des crédits de l'objectif global de dépenses par la CNSA entre les agences avant la fin du mois de janvier, permettant ainsi l'achèvement de la campagne budgétaire au cours du premier trimestre.

b) En améliorant l'élaboration de l'objectif global de dépenses et le suivi des engagements de dépenses

Afin de limiter la sous-consommation des crédits correspondant au décalage dans le temps de la mise en œuvre des mesures nouvelles (« effet report », cf. *supra*), il convient de fonder la construction de l'objectif global de dépenses sur une démarche plus ascendante, en prenant davantage en compte les données budgétaires, par établissement, et l'avancement concret des projets de création de places ou de médicalisation. La secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽²⁾, a indiqué à cet égard, devant la mission, que le Gouvernement travaille, avec la CNSA, à une « *meilleure budgétisation de l'objectif global de dépenses* », fondée « *sur les dépenses* », c'est-à-dire sur les versements prévisionnels pour l'exercice considéré, « *et non plus sur les autorisations* », ce qui suppose notamment que les systèmes d'information soient le plus détaillés possible (cf. *infra*).

Parallèlement, il convient d'instituer une procédure d'enregistrement comptable des engagements de dépenses, c'est-à-dire des autorisations, et du calendrier des paiements effectifs au-delà de l'exercice en cours, comme le préconise le rapport précité des inspections générales.

Proposition : Améliorer la procédure de construction de l'objectif global de dépenses en prenant davantage en compte les données sur les dépenses effectives et prévisionnelles des établissements au niveau local. Parallèlement, mettre en place une procédure d'enregistrement comptable des engagements pluriannuels.

(1) L'arrêté devrait en effet être publié dans les quinze jours suivant la loi de financement de la sécurité de la sécurité sociale, conformément à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles..

(2) Audition du 19 mai 2010.

c) En mettant en place un système d'information intégré permettant un suivi resserré de la dépense

Compte tenu des faiblesses actuelles des systèmes d'information de la CNSA, soulignées à de multiples reprises lors des auditions, la mise en place d'un système d'information intégré, le plus détaillé possible et descendant jusqu'au niveau de l'établissement, s'impose afin de permettre la remontée à la caisse des données relatives aux dépenses, prévisionnelles et effectives, par établissement. Il pourrait être l'instrument d'un dialogue de gestion resserré entre la caisse et les agences, dans le cadre de la préparation et du suivi de l'objectif global de dépenses. Par ailleurs, les agences devraient disposer d'un même outil informatique pour la gestion de leur campagne budgétaire (préparation des arrêtés de tarification des établissements).

La prochaine convention d'objectifs et de gestion pourrait comporter des dispositions en ce sens. Par ailleurs, la possibilité de prévoir, par voie réglementaire, une obligation pour les établissements de faire remonter les informations nécessaires pourrait également être étudiée.

Proposition : Développer un système d'information intégré à la disposition de la CNSA et des agences régionales de santé et homogénéiser les outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification, en vue de permettre la remontée des données par établissement à la CNSA. Étudier la possibilité de prévoir, par voie réglementaire, une obligation pour les établissements de faire remonter les informations nécessaires.

d) En prévoyant un financement pérenne pour les plans d'aide à l'investissement et un meilleur suivi des crédits non reconductibles

La diminution, naturellement souhaitable, des excédents de la CNSA ne doit pas conduire à remettre en cause les plans d'aide à l'investissement et à la modernisation des établissements médico-sociaux, qui permettent également de réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers (en limitant l'augmentation du tarif « hébergement »). La mission propose en conséquence d'affecter une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie à la section V du budget de la caisse pour poursuivre les plans d'aide à l'investissement des établissements, même si cela n'avait pas été prévu initialement.

En contrepartie, il conviendrait de prévoir, la première année de mise en œuvre de cette réforme, une majoration, à due concurrence, du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, pour compenser le montant moins élevé de la part du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à l'objectif global de dépenses. Cette contribution accrue des régimes d'assurance maladie est envisageable en raison du montant relativement limité des plans d'aide à la modernisation par rapport à l'ensemble des crédits d'assurance maladie (300 à 400 millions d'euros par rapport à 15 milliards d'euros), entraînant donc une majoration faible du taux de

progression de l'ONDAM médico-social. L'Assurance maladie contribue d'ailleurs actuellement au financement des investissements des établissements de santé, dans le cadre des plans Hôpital.

Proposition : Garantir un financement pérenne de l'aide à l'investissement, en prévoyant l'affectation d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie à la section V du budget de la CNSA et en majorant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie médico-social à due concurrence.

Par ailleurs, compte tenu des modifications proposées de la procédure d'élaboration de l'objectif global de dépenses, les montants des crédits non reconductibles (cf. *supra*) ont vocation à se réduire ⁽¹⁾. Ils correspondent cependant à un réel besoin au niveau local, en permettant aux services déconcentrés d'accorder des moyens supplémentaire aux établissements et services médico-sociaux, par exemple pour des travaux urgents de remise aux normes de sécurité. Afin de poursuivre ces actions, dans des conditions transparentes, il conviendrait donc de prévoir lors la préparation de l'objectif global de dépenses. une dotation spécifique de financement des crédits non reconductibles, ainsi que l'ont suggéré M. Christophe Lannelongue et Mme Dorothée Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales ⁽²⁾. En contrepartie, il serait souhaitable de mieux encadrer leur usage, en définissant plus précisément la nature des dépenses qu'ils sont susceptibles de financer (dépenses ponctuelles de formation, de remplacements de personnels et d'équipement notamment) et en assurant également une remontée d'informations et un meilleur suivi, par la CNSA, de leur utilisation.

Proposition : Prévoir de manière explicite dans la préparation de l'objectif global de dépenses une enveloppe de financement de crédits non reconductibles, en encadrant plus strictement leur objet.

Si les auteurs du rapport conjoint des inspections générales ⁽³⁾ ont proposé que les excédents éventuels de la caisse soient désormais répartis entre la caisse, à hauteur de 10 %, et les régimes d'assurance maladie, à hauteur de 90 %, correspondant à leurs contributions respectives au financement du fonctionnement des établissements et services, la mission considère que cette voie ne doit pas être suivie. En effet, outre le fait que cette règle de répartition apparaît relativement rigide, elle conduirait à remettre en cause le principe, prévu par la loi, du report automatique des crédits non consommés à la clôture de l'exercice (cf. *supra*), alors

(1) En effet, les crédits non reconductibles correspondent à des crédits « gagés », c'est-à-dire à des crédits disponibles car correspondant à des mesures nouvelles qui ne doivent donner lieu à des décaissements qu'au cours d'exercices ultérieurs, or il est proposé de construire l'objectif global de dépenses en tenant compte des décaissements prévisionnels de l'exercice considéré.

(2) Audition du 31 mars 2010.

(3) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport de M. Christophe Lannelongue et de Mme Dorothée Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales, et de M. Olivier Le Gall, membre de l'inspection générale des finances (mars 2010).

que la priorité doit être de mettre en œuvre un ensemble de mesures visant, précisément, à prévenir la constitution d'excédents.

Il convient par ailleurs d'éviter à l'avenir tout nouveau débasage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social.

Proposition : Éviter à l'avenir tout nouveau débasage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social.

2. Adapter les modalités d'autorisation et de tarification

a) En améliorant les conditions de créations de places dans les établissements et services médico-sociaux

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires répond à cette exigence. Elle a mis en place de nouveaux dispositifs de planification⁽¹⁾ et profondément rénové la procédure d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements et services médico-sociaux, en instituant une procédure d'appels à projets, plus efficiente et plus rapide que l'ancienne procédure. Celle-ci permet en effet de redonner l'initiative aux pouvoirs publics (les financeurs, soit les agences régionales de santé et les conseils généraux), en renversant la logique antérieure, c'est-à-dire en partant d'abord de l'analyse des besoins, avant de déterminer les moyens nécessaires, puis d'autoriser la mise en œuvre d'un projet de création de places. En d'autres termes, la procédure d'appel à projets permet d'établir un lien plus étroit entre la planification, la programmation et l'autorisation.

Elle permet également de donner plus de garanties aux promoteurs dans la mesure où, une fois sélectionnés, les projets auront vocation à être autorisés et financés immédiatement par l'autorité publique compétente⁽²⁾. En outre, les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) sont supprimés et remplacés par une commission de sélection chargée de donner un avis sur les projets présentés. D'avril 2009 à janvier 2010, la CNSA a conduit une expérimentation dans trois régions préparant la généralisation de cette nouvelle procédure d'appels à projets, dont les résultats doivent servir de base à la rédaction du décret d'application de la loi. Elle a également prévu l'élaboration d'un guide de l'appel à projets destiné aux agences régionales de santé. Un décret en Conseil d'État doit déterminer les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés. Il importe donc de publier rapidement ce texte d'application de la loi.

(1) *Le plan stratégique régional de santé, qui fixe les objectifs et les orientations, les schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, qui définissent les mesures destinées à mettre en œuvre les objectifs, et enfin les programmes, dont le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui précisent les modalités d'application de ces schémas.*

(2) *En effet, une fois l'avis positif du comité reçu, beaucoup de projets n'étaient pas mis en œuvre faute de financements au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.*

Par ailleurs, afin d'accélérer la mise en œuvre des plans nationaux et des créations de places et de permettre ainsi une meilleure consommation des crédits de mesures nouvelles prévues à ce titre, il convient de poursuivre le déploiement des enveloppes anticipées, dont le montant est fixé chaque année par arrêté et qui sont réparties par la CNSA, qui en a proposé le principe. Il convient également de veiller à ce que ce mécanisme soit bien compris par les services des agences régionales de santé, afin notamment de remédier aux difficultés liées au « saupoudrage » des places ⁽¹⁾.

Proposition : Publier rapidement les décrets d'application prévus 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, concernant notamment la procédure d'appel à projets, et poursuivre le déploiement des enveloppes anticipées.

b) En facilitant la mise en œuvre du processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes

Plusieurs actions pourraient être engagées en vue de remédier aux retards pris dans le processus de médicalisation, sources de sous-consommation des crédits. Tout d'abord, la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra, a indiqué devant la mission ⁽²⁾ qu'à titre expérimental, pour une durée de trois ans, il était prévu de permettre à l'Assurance maladie de débloquer les fonds nécessaires au recrutement d'aides-soignants, dans la limite de ses engagements (70 %), même si un département refuse de participer au cofinancement (30 %) de ce recrutement. Ainsi, un établissement devant recruter dix aides-soignants pourra en embaucher sept immédiatement. Il importe donc de publier rapidement le décret prévoyant cet assouplissement, actuellement en cours d'examen par le Conseil d'État ⁽³⁾.

Afin de favoriser l'appropriation du dispositif de « pathossification » des établissements, la formation des différents intervenants, en particulier les médecins coordonnateurs, est essentielle. La CNSA ayant de fait soutenu et organisé plusieurs initiatives dans ce domaine, il pourrait être envisagé de reconnaître ce rôle d'accompagnement du processus de médicalisation, en modifiant la loi pour lui confier une mission d'organisation, de coordination et de suivi ⁽⁴⁾ des actions de formation concernant les référentiels d'évaluation ⁽⁵⁾. Il conviendra également de veiller à ce que le nombre de médecins conseils transférés dans les agences

(1) Ce mécanisme permet en effet de ne plus financer des projets par tranches et par exercice, mais de mobiliser l'ensemble des moyens sur un seul projet (en ajoutant par exemple aux dotations de mesures nouvelles pour l'année n, une partie des dotations de l'enveloppe anticipée au titre de l'année n + 1, voire n + 2 et 3).

(2) Audition du 19 mai 2010.

(3) Projet de décret relatif à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la réglementation financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

(4) Par exemple le suivi du taux de couverture des professionnels ayant suivi une formation PATHOS ou AGGIR dans chaque département.

(5) Dans ce domaine, la loi prévoit simplement que la caisse assure un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation (article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles).

régionales de santé (225 selon le ministère de la santé) soit en adéquation avec leur charge de travail au titre de la validation des « coupes PATHOS », pour prévenir des retards à ce niveau. Le Gouvernement pourrait déposer un rapport au Parlement à ce sujet, précisant notamment le nombre de médecins conseils chargés, avant la création des agences régionales de santé, de la validation des coupes, du nombre de médecins transférés aux agences, de la proportion de ceux-ci ayant suivi une formation sur ce référentiel, ainsi que le nombre de coupes réalisées chaque année.

Il serait également opportun de veiller à la clarté des circulaires, qui pourraient sans doute être rédigées de manière plus synthétique et pédagogique. De plus, après les réformes importantes intervenues depuis deux ans⁽¹⁾, il serait opportun de stabiliser le cadre juridique de la tarification des établissements et services. Enfin, il conviendrait d'envisager les possibilités de simplifier la procédure de médicalisation des établissements. Devant la mission, a par exemple été émis le souhait que les crédits de mesures nouvelles puissent être délégués tout de suite aux établissements et faire l'objet d'un contrôle *a posteriori*, en se rapprochant donc du système qui prévaut pour les établissements de santé, et de reconsidérer le principe même d'un contrôle *a priori*, via notamment la validation des coupes par les médecins conseils. Au-delà de ce point particulier, il est essentiel d'explorer toutes les voies d'une simplification éventuelle du dispositif, non seulement pour faciliter, le cas échéant, l'appropriation de ce processus par les acteurs de terrain et les recrutements de personnels soignants, mais aussi pour permettre à la représentation nationale d'être pleinement informée des modalités d'allocation des ressources dans ce domaine. Un groupe de travail de la direction générale de la cohésion sociale et de la CNSA pourrait par exemple être constitué, en vue du dépôt d'un rapport au Parlement sur ce sujet.

Il convient par ailleurs de promouvoir la qualité des prises en charge, à travers, par exemple, un meilleur suivi de la consommation de soins des personnes accueillies dans les établissements ainsi que le développement des équipes mobiles de gériatrie, évoquées par la directrice générale de l'offre de soins, Mme Annie Podeur⁽²⁾, qui permettent de renforcer la formation des personnels dans les maisons de retraite.

Proposition : Concernant la médicalisation : publier rapidement le décret tarifaire, qui prévoit notamment un assouplissement, à titre expérimental, des conditions de prise en charge des postes d'aides soignants par l'Assurance maladie (« règle du 70-30 ») ; renforcer la formation sur les référentiels et les modalités de « pathossification » et confier à la CNSA une mission de coordination et de suivi des actions de formation engagées dans ce domaine ; veiller aux conditions de transfert des médecins conseils dans les agences régionales de santé concernant notamment leur nombre et leur formation (rapport au Parlement) ; veiller à la clarté des circulaires et stabiliser le cadre juridique de la tarification ; engager une

(1) En particulier, la tarification à la ressource, la convergence tarifaire ou encore l'intégration des médicaments dans le forfait « soins » des établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Audition du 28 avril 2010.

réflexion sur la simplification éventuelle de la procédure de médicalisation (rapport au Parlement).

c) En envisageant une adaptation du mode de tarification des établissements et services pour personnes handicapées

Lors de son audition ⁽¹⁾, le directeur général de la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées, M. Philippe Calmette, a considéré que les modes de tarification (prix de journée, dotations globales, aides aux postes) ainsi que les sources de financement (conseils généraux, Assurance maladie et État) des établissements pour personnes handicapées sont trop divers, ne permettent pas aux associations gestionnaires d'avoir une vision claire et pluriannuelle de leurs ressources et conduisent à de nombreuses disparités de financement entre les établissements et services.

Afin de remédier aux limites du dispositif actuel de tarification, jugé « à bout de souffle » et surtout source d'inéquités, il a proposé de mettre en place une « tarification aux besoins de la personne », visant à mieux prendre en compte les besoins d'accompagnement de la personne. D'une certaine manière, cela reviendrait donc à se rapprocher de la logique ayant présidé au processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes, dont la tarification se fonde sur une analyse des besoins de soins des résidents. La mission considère que cette réflexion doit être approfondie et ce peut-être dans le cadre des travaux du conseil de la CNSA ou encore d'un groupe de travail réunissant des représentants de la caisse et de la direction générale de la cohésion sociale, dont les travaux pourraient également se conclure par le dépôt d'un rapport au Parlement.

Proposition : Engager une réflexion sur l'évolution de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, en concertation avec les acteurs concernés.

3. Dessiner les voies d'une gouvernance rénovée pour un pilotage plus efficient des politiques médico-sociales

Le positionnement de la CNSA n'est pas exempt d'ambiguïtés, qu'il convient de lever en clarifiant ses relations avec l'administration centrale, les agences régionales de santé et l'Assurance maladie. Par ailleurs, la concertation entre les agences et les conseils généraux pourrait être approfondie.

(1) Audition du 24 février 2010.

a) En clarifiant les missions respectives de la caisse et de l'administration centrale

Comme l'a notamment souligné la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin ⁽¹⁾, il apparaît nécessaire de clarifier les missions respectives de l'opérateur (la CNSA) et de ses autorités de tutelle (administrations centrales, en particulier la direction générale de la cohésion sociale). La prochaine convention d'objectifs et de gestion, en cours de préparation, devrait ainsi définir une répartition plus claire des compétences entre un État plus stratégique (définition de la politique générale et des orientations stratégiques, cadre réglementaire, coordination et contrôle des opérateurs) et un opérateur gestionnaire (expertise technique, gestion et mise en œuvre du dispositif et mise en place d'outils de *reporting*, pour rendre compte de sa gestion à ses autorités de tutelle). En particulier, la convention pourrait mieux définir les tâches respectives de l'administration centrale et de la CNSA concernant par exemple la procédure de budgétisation de l'objectif global de dépenses ou les relations avec les agences régionales de santé (cf. *infra*). Il serait également opportun de promouvoir, autant que possible, des circulaires cosignées par la caisse et l'administration centrale, des progrès récents ayant toutefois été observés sur ce point.

Proposition : Clarifier les missions et les compétences respectives de l'opérateur (CNSA) et de ses autorités de tutelle (en particulier la direction générale de la cohésion sociale) dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion et promouvoir notamment des circulaires cosignées par la caisse et la direction générale de la cohésion sociale.

b) En organisant les conditions d'un dialogue de gestion efficace entre la caisse et les agences régionales de santé

Coprésidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État (administrations centrales, en particulier la direction générale de la cohésion sociale) et de ses établissements publics, dont la CNSA, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie, membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Institué 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, le conseil veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et valide leurs objectifs.

La loi prévoit notamment que le conseil national de pilotage « valide toutes les instructions » données aux agences et « conduit l'animation du réseau des agences ⁽²⁾ ». Cette structure peut cependant apparaître assez lourde pour conduire,

(1) Audition du 19 mai 2010.

(2) Article L. 1433-1 du code de la santé publique.

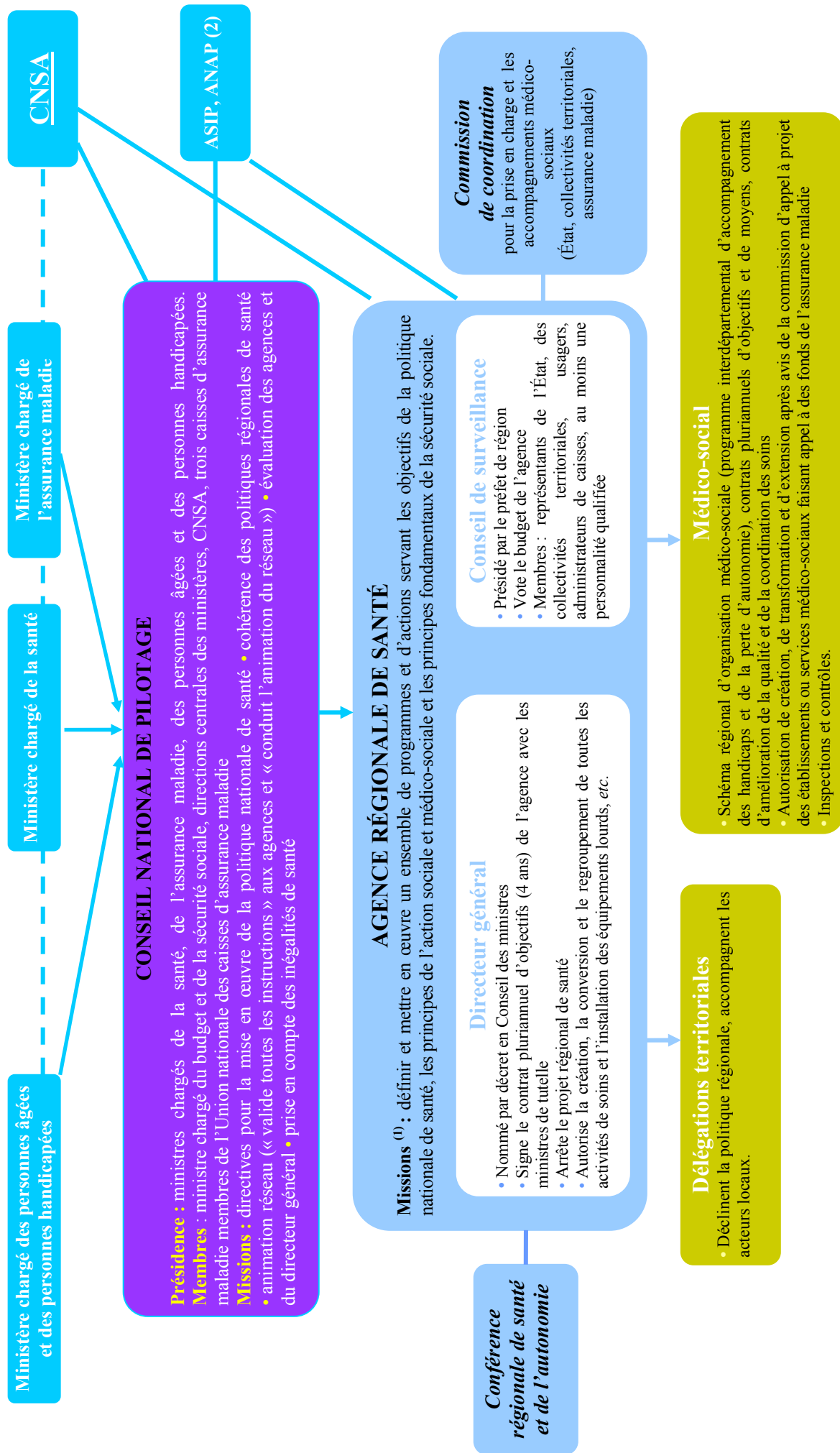
seul du moins, l'animation du réseau des agences, *a fortiori* sur des questions aussi complexes que celles concernant le secteur médico-social, qui peuvent impliquer un appui soutenu aux services. Surtout, il importe de conforter et de positionner plus clairement la CNSA dans ses missions d'opérateur et d'animateur concernant le champ médico-social.

La nouvelle gouvernance issue de la loi du 21 juillet 2009 précitée peut être résumée par le schéma ci-après.

Au sein de cette architecture, il pourrait être précisé, grâce à une modification législative, que la CNSA participe à l'animation du réseau des agences afin de renforcer les relations entre la caisse et celles-ci. Des dispositions à cet égard pourraient être prévues dans sa convention d'objectifs et de gestion. Afin de remédier à certaines faiblesses en matière de pilotage et de suivi des crédits médico-sociaux, il convient en effet d'organiser, en particulier dans la prochaine convention, les conditions d'un dialogue de gestion resserré entre la CNSA et les agences concernant la gestion et le suivi de l'objectif global de dépenses.

Proposition : Compléter la loi pour préciser que, sans préjudice des dispositions relatives au Conseil national de pilotage, la CNSA participe à l'animation du réseau des agences régionales de santé concernant le champ médico-social. Organiser les conditions d'un dialogue de gestion resserré entre la caisse et chaque agence régionale de santé, selon des modalités définies dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

Nouvelle gouvernance issue 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



(1) L'agence reprend des missions précédemment dévolues à la direction des affaires sanitaires et sociales, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé et à la caisse régionale d'assurance maladie (volet hospitalier).

(2) Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) et Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

c) En renforçant la coopération entre la caisse et l'Assurance maladie

Outre la représentation des régimes d'assurance maladie au sein du conseil de la caisse (cf. *infra*) et la création des agences régionales de santé, qui engage un profond décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, plusieurs actions pourraient être engagées afin de densifier les échanges entre la CNSA et l'Assurance maladie.

Certes, conformément aux dispositions prévues par la loi ⁽¹⁾, la caisse a conclu une convention avec des caisses de sécurité sociale, en particulier la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), en janvier 2008. Mais ces conventions sont assez formelles, le partage des informations et la cohérence des interventions restant encore largement à développer, comme le souligne le bilan, établi en novembre 2009, de la convention d'objectifs et de gestion entre la CNSA et l'État ⁽²⁾. En outre, au-delà des principes posés par les conventions, le degré de collaboration opérationnelle avec la CNAMTS, concernant notamment les échanges d'information et la mobilisation des systèmes d'information, apparaît encore insuffisant.

Or il apparaît essentiel de mettre en place un dispositif de communication mensuelle des paiements effectués par les caisses primaires d'assurance maladie à la CNSA, afin de lui permettre de suivre, par établissement, la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses. La mission conjointe des inspections générales des affaires sociales et des finances a en effet constaté que l'assurance maladie dispose de données financières concernant les versements mensuels effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux établissements et services. Ces données pourraient être transmises chaque mois à la CNSA ainsi qu'à chaque agence régionale de santé, leur exploitation pouvant permettre d'envisager la mise en place d'un mécanisme d'alerte si les versements par les caisses s'avéraient supérieurs aux dotations notifiées aux agences. La caisse pourrait ainsi suivre, quasiment en temps réel, la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses par établissement.

Proposition : Approfondir la coopération entre la CNSA et l'Assurance maladie : en prévoyant une coopération plus opérationnelle dans la convention conclue entre la CNSA et la CNAMTS, concernant notamment les échanges et les systèmes d'information ; en prévoyant la communication mensuelle, par type de dépenses, des paiements effectués par les caisses primaires d'assurance maladie à la CNSA et aux agences régionales de santé, et en procédant autant que possible au rapprochement des fichiers entre les caisses et les agences.

(1) L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que des conventions organisent les relations entre la CNSA et les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et notamment « les échanges réguliers d'informations portant sur l'action de la caisse ».

(2) Bilan de la convention d'objectifs et de gestion État-CNSA 2006-2009, note conjointe des services de la direction générale de l'action sociale et de la CNSA, soumise à l'avis du conseil de la caisse, lors de sa réunion du 17 novembre 2009.

d) En améliorant la concertation avec les conseils généraux dans le cadre notamment des commissions de coordination

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 profondément rénové le cadre institutionnel des politiques médico-sociales, à travers notamment la création des agences régionales de santé, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, mais aussi des commissions de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les organismes de sécurité sociale⁽¹⁾, les commissions de coordination visent à assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres⁽²⁾. Leur création marque ainsi un progrès important, en instituant un lieu de concertation entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales.

La nouvelle procédure d'autorisation des établissements (appels à projets) ainsi que l'élaboration du projet régional de santé vont impliquer un renforcement de la concertation entre les agences régionales de santé et les conseils généraux. Cette concertation a été engagée pour ce qui concerne l'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Elle doit cependant être approfondie en matière de diagnostic partagé de l'offre de services et des besoins d'un territoire. La CNSA sera appelée à apporter un appui aux opérateurs locaux en vue de favoriser la plus grande homogénéité méthodologique possible. Enfin, il convient d'assurer une bonne information des conseils généraux, l'agence régionale de santé pouvant par exemple leur transmettre des données sur l'état d'avancement du processus de « pathossification » sur leur territoire. En revanche, il n'apparaît pas opportun d'envisager la cosignature, par le directeur général de l'agence régionale de santé et par le président du conseil général, des programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC). Elle présenterait tout d'abord un risque de blocage. En outre, s'il convient de respecter l'autonomie de gestion des collectivités, il doit y avoir « *complémentarité sans confusion* », selon les termes de la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin⁽³⁾.

Proposition : Promouvoir une meilleure information et une meilleure articulation avec les conseils généraux, en assurant notamment le fonctionnement effectif des commissions de coordination et en veillant à leur concertation lors de l'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps.

(1) La composition et les missions des commissions de coordination sont définies par les articles L. 1432-1, D. 1432-1 à D. 1432-14 du code de la santé publique (issu du décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé).

(2) Elles sont notamment chargées de favoriser l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale, d'examiner les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie ainsi que de « favoriser la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun de ses membres, sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme » interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), en vertu de l'article D. 1432-9 du même code.

(3) Audition du 19 mai 2010.

4. Renforcer l'évaluation et le contrôle

a) En prévoyant la certification des comptes de la CNSA

Conformément à l'objectif de transparence des financements qu'elle gère et compte tenu de leur importance – plus de 18 milliards d'euros en 2009, dont une grande partie provenant des régimes d'assurance maladie –, la mission préconise de prévoir la certification des comptes de la CNSA. Parallèlement, l'audit interne pourrait être renforcé au sein de la caisse, permettant notamment d'améliorer le suivi des engagements de dépenses.

La CNSA a d'ailleurs engagé en 2009 les démarches pour être en mesure de certifier ses comptes d'ici deux ans (mise en place d'une démarche de contrôle interne et changement du logiciel comptable), en ayant envisagé la possibilité que la certification soit effectuée par la Cour des comptes, si elle en était d'accord, ou par un commissaire aux comptes, comme l'a indiqué le directeur de la caisse, M. Laurent Vachey⁽¹⁾. Comme pour les organismes de sécurité sociale, la Cour des comptes pourrait ainsi être chargée de certifier les comptes de la caisse. Il conviendrait pour cela de modifier l'article L. O.111-3 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article L. O. 132-2-1 du code des juridictions financières, qui sont tous deux de niveau organique.

Proposition : Prévoir la certification des comptes de la CNSA par la Cour des comptes et développer l'audit interne.

b) En améliorant l'information du Parlement

La CNSA relève du champ des lois de financement de la sécurité sociale, sans toutefois que l'ensemble de ses recettes et de ses dépenses ne puisse être retracé en leur sein. Ainsi, le Parlement vote chaque année le montant de la contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et handicapées, mais pas le montant de l'objectif global de dépenses, qui est fixé par voie réglementaire.

Au cours des auditions, et notamment celles de Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire près la Cour des comptes, membre du conseil de la CNSA⁽²⁾, et de M. Christophe Lannelongue⁽²⁾ et de Mme Dorothée Imbaud, membres de l'inspection générale des affaires sociales⁽³⁾, a été évoquée la possibilité pour le Parlement de se prononcer sur des tableaux d'équilibre pour le risque « perte d'autonomie », présentant l'ensemble des recettes, des dépenses et le solde, y compris donc les ressources propres de la CNSA et le complément que la caisse apporte sur ces ressources à l'ONDAM médico-social. Toutefois, compte tenu du champ actuel des lois de financement de la sécurité sociale, cela nécessiterait *a minima* de modifier la loi organique, voire la Constitution, qui limite en principe

(1) Audition du 7 avril 2010.

(2) Audition du 15 décembre 2009.

(3) Audition du 31 mars 2010.

ce champ à l'équilibre financier de la sécurité sociale⁽¹⁾. Sur le fond, la CNSA estime par ailleurs que « *faire voter par le Parlement la totalité de l'objectif global de dépenses, outre qu'il faut modifier la loi organique, c'est réduire le rôle du conseil et remettre en cause la gouvernance particulière qui a présidé à la création de la CNSA* »⁽²⁾.

En revanche, il serait opportun d'améliorer l'information du Parlement par des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale plus lisibles et plus détaillées. Depuis la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les annexes du projet de loi de financement comportent des éléments concernant la CNSA, en particulier : le programme de qualité et d'efficience⁽³⁾ « *Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA* » et l'annexe n° 8 concernant notamment les comptes de la CNSA. En particulier, cette dernière annexe pourrait être plus précise en matière d'élaboration et d'exécution de l'objectif global de dépenses, voire de suivi des engagements de dépenses (cf. *supra*), tandis que la partie II (« objectifs/résultats ») du programme de qualité et d'efficience précité pourrait comporter des indicateurs de suivi concernant la mise en œuvre des plans nationaux tels que le plan Solidarité – Grand âge⁽⁴⁾ (par exemple, le nombre de places nouvelles créées lors de l'exercice considéré). Il serait d'ailleurs souhaitable que ces annexes soient déposées dans des délais permettant au législateur d'être pleinement éclairé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La mission propose également de prévoir la présentation, par exemple par le directeur de la caisse, devant les commissions parlementaires chargées des affaires sociales du bilan de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion, qui est conclue pour quatre ans entre la CNSA et l'État et dont on a vu toute l'importance concernant le positionnement et l'action de la caisse. Dans ce sens, il serait possible de s'inspirer des dispositions prévues par la loi concernant le contrat d'objectifs et de moyens de France Télévisions⁽⁵⁾. De même, il serait opportun de prévoir la présentation de la convention, après sa signature, devant les commissions compétentes, par le Gouvernement ou conjointement avec le directeur de la caisse.

(1) Aux termes de l'article 34 de la Constitution, « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. »

(2) Réponse de la CNSA au rapport conjoint des inspections générales des finances et des affaires sociales, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (mars 2010).

(3) Aux termes de l'article L. O. 111-4 du code de la sécurité sociale, les programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours

(4) Le programme de qualité et d'efficience prévoit actuellement uniquement des indicateurs de suivi du Plan Alzheimer pour 2008-2012.

(5) L'article 53 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 prévoit ainsi que « chaque année, les présidents de France Télévisions et de Radio France présentent, devant les commissions chargées des affaires culturelles et des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat, un rapport sur l'exécution du contrat d'objectifs et de moyens de la société qu'ils président. »

Proposition : Améliorer l'information du Parlement : par des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale plus lisibles et détaillées, notamment sur le suivi de l'objectif global de dépenses et des mesures nouvelles, les engagements, voire la qualité de la prise en charge ; par la présentation de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNSA et de son bilan devant les commissions chargées des affaires sociales.

B. CONCERNANT L'ORGANISATION DE LA CNSA

1. Prévoir la représentation de l'Assurance maladie au sein du conseil et accorder une vice-présidence aux conseils généraux

Devant la mission, a été évoquée la possibilité de créer à côté du conseil de la caisse, une structure de type « directoire » ou « conseil d'administration », réunissant les financeurs, ce qui conduirait à modifier assez profondément l'équilibre et l'architecture du dispositif actuel. Si la gouvernance de la CNSA apparaît globalement satisfaisante, quelques aménagements pourraient néanmoins être apportés concernant son conseil.

Tout d'abord, comme l'ont relevé plusieurs personnes entendues par la mission, en particulier la secrétaire d'État chargée des aînés, Mme Nora Berra ⁽¹⁾, les textes ne prévoient pas la représentation explicite des régimes d'assurance maladie ⁽²⁾, et notamment pas de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), alors même qu'ils sont les principaux financeurs de l'objectif global de dépenses. Cette possibilité avait d'ailleurs été envisagée par le conseil de la caisse ⁽³⁾. La loi pourrait donc être modifiée sur ce point.

De plus, alors que les dépenses des départements liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ont représenté près de 10 milliards d'euros en 2008 ⁽⁴⁾, soit plus de 21 % de l'effort public global en la matière, il semblerait légitime qu'une vice-présidence leur soit accordée au sein du conseil, ainsi qu'il a été suggéré à plusieurs reprises devant la mission ⁽⁵⁾. Cette possibilité avait d'ailleurs été évoquée par le rapport 2007 de la caisse, qui a été adopté à l'unanimité, moins une abstention, par son conseil. Il

(1) Audition du 19 mai 2010.

(2) Le président de la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole est cependant membre du conseil, mais en tant que membre du collège des institutions intervenant dans les domaines de compétence de la CNSA.

(3) Rapport annuel 2006 et Rapport annuel 2007 de la CNSA. Ce dernier indiquait notamment que « la question mérite d'être portée en faveur d'une représentation explicite d'un représentant désigné par le conseil de la CNAMTS et d'un représentant désigné par le conseil d'administration de la CNAVTS ».

(4) Selon les données du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (cf. le tableau présenté dans la première partie du présent rapport).

(5) Notamment lors de la table ronde du 9 février 2010, avec les représentants des conseils généraux.

conviendrait pour cela de modifier des dispositions d'ordre réglementaire, afin de prévoir un troisième vice-président ⁽¹⁾.

Proposition : Prévoir la représentation des régimes d'assurance maladie au sein du conseil de la CNSA et accorder une vice-présidence aux représentants des conseils généraux, membres du conseil de la caisse.

2. Veiller à ce que la caisse dispose de ressources adaptées à l'exercice de ses missions et évaluer son action par les opérateurs

La CNSA doit disposer de moyens adaptés à l'exercice de ses missions. C'est particulièrement le cas concernant les systèmes d'information, mais aussi dans certains domaines, tels que la gestion des établissements – la caisse ayant déjà engagé une démarche en ce sens, avec le recrutement de personnels issus des services déconcentrés –, ce qui s'avère d'autant plus important que la CNSA doit assurer un suivi resserré de la dépense locale. Il est à noter que ceci n'implique pas, nécessairement, une augmentation du budget total ou du plafond d'emplois de la caisse, même si son effectif (99 équivalents temps plein) ne semble pas excessif au regard du budget total géré par cet organisme (plus de 18 milliards d'euros), voire des effectifs des caisses nationales de sécurité sociale. À cet égard, le directeur de la caisse, M. Laurent Vachey ⁽²⁾, a indiqué à la mission avoir obtenu trois postes supplémentaires pour 2010 sur les dix demandés à ses autorités de tutelle. En tout état de cause, si de nouvelles missions devaient être confiées à la CNSA, son conseil avait émis le souhait, dans le rapport annuel pour 2007, que la renégociation de la convention d'objectifs et de gestion soit l'occasion d'envisager le renforcement de ses moyens de fonctionnement.

Il serait sans doute opportun de prévoir, dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion, la réalisation d'enquêtes de satisfaction des services sur l'action de la caisse, possibilité évoquée par son ancien directeur, M. Denis Piveteau ⁽³⁾. La précédente convention d'objectifs et de gestion prévoyait d'ailleurs la réalisation d'une enquête dans ce sens, mais celle-ci n'a pas été diligentée ⁽⁴⁾. S'inscrivant dans le cadre d'une démarche de qualité de service, ce suivi pourrait permettre d'identifier certaines difficultés, par exemple des difficultés d'appropriation ou des évolutions trop fréquentes des outils de gestion ou encore les domaines particuliers sur lesquels les services déconcentrés, et désormais les agences régionales de santé, auraient besoin d'un appui technique renforcé. Il pourrait même être envisagé que cette enquête de satisfaction soit

(1) Aux termes de l'article R. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, le conseil de la caisse élit, pour quatre ans, deux vice-présidents choisis parmi les représentants des associations oeuvrant au niveau national auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

(2) Audition du 7 avril 2010.

(3) Audition du 12 janvier 2010.

(4) La convention prévoyait en effet un indice de satisfaction des services déconcentrés sur les appuis techniques de la CNSA à la méthodologie des programmes interdépartementaux (PRIAC) et des modalités d'allocation de ressources, par enquête semestrielle anonyme auprès de l'ensemble des services déconcentrés sur la base d'un questionnaire élaboré conjointement par l'État et la CNSA.

réalisée auprès des conseils généraux, compte tenu notamment de l'élargissement des missions de la caisse qu'il est proposé d'introduire.

Proposition : Veiller à ce que la CNSA dispose des ressources adaptées à l'exercice de ses missions et prévoir la réalisation d'enquêtes de satisfaction sur son action auprès des opérateurs locaux.

C. CONCERNANT LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LES AIDES INDIVIDUELLES

1. Apporter quelques aménagements au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Les responsables des maisons départementales des personnes handicapées entendus par la mission ⁽¹⁾ ont formulé plusieurs propositions en vue d'améliorer leur fonctionnement. Tout d'abord, il serait opportun que des représentants de la direction générale de la cohésion sociale soient présents lors des réunions des directeurs de maisons départementales, organisées par la CNSA deux fois par an, afin de pouvoir leur apporter des éléments de réponse sur des points précis. De plus, il serait sans doute intéressant de promouvoir la mutualisation de moyens pour permettre des économies sur les commandes publiques des maisons départementales (par exemple, pour des formulaires). La caisse pourrait étudier cette possibilité. De plus, plusieurs directeurs ont émis le souhait que la CNSA centralise les différents moyens alloués par l'État aux maisons départementales. La concentration sur le budget de la CNSA de l'ensemble des moyens nationaux d'accompagnement du fonctionnement des maisons départementales serait incontestablement source de simplification administrative et de gain de temps pour les responsables des maisons, mais aussi de meilleure rationalité dans l'organisation des circuits de financement. Naturellement, il conviendrait de prévoir un transfert des ressources correspondantes de l'État à la caisse.

En outre, la présidente de l'Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées, Mme Christine Dupré ⁽²⁾, a relevé que, suite à la réforme de l'administration territoriale de l'État et à la création des agences régionales de santé, les représentants de l'État désignés pour siéger au sein des commissions exécutives des maisons pouvaient être clairement moins au fait des problématiques de handicap ⁽³⁾, que ne l'étaient les représentants des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Elle a également relevé l'absence de représentant de l'agence régionale de santé dans les commissions exécutives. Dès lors, il pourrait ainsi être envisagé de modifier la loi pour prévoir que le directeur de l'agence régionale de santé ou son représentant y siège. La commission des affaires sociales du Sénat a d'ailleurs récemment amendé en ce

(1) Table ronde du 28 avril 2010 avec les directeurs des maisons départementales des Ardennes et du Calvados.

(2) Audition du 19 janvier 2010.

(3) Par exemple, des responsables des directions départementales de la jeunesse et des sports.

sens la proposition de loi du sénateur Paul Blanc, qui vise à améliorer le fonctionnement et le financement des maisons départementales ⁽¹⁾.

Par ailleurs, plusieurs personnes entendues par la mission, en particulier des associations représentant les personnes handicapées ⁽²⁾ et le président du Conseil national consultatif des personnes handicapées, M. Patrick Gohet ⁽³⁾, ont fait part de leurs vives réserves concernant les dispositions prévues par l'article 9 de la proposition de loi de simplification et d'amélioration de la qualité de droit, qui a été adoptée par l'Assemblée nationale le 2 décembre dernier ⁽⁴⁾. Celui-ci prévoit en effet de rendre optionnel les plans personnalisés de compensation du handicap, en limitant leur élaboration aux seuls cas où l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale l'estime utile ou sur demande expresse de la personne handicapée ou de sa famille, cette mesure visant à « *soulager les équipes pluridisciplinaires d'un travail lourd mais parfois superflu* », selon l'exposé des motifs de la proposition de loi.

À la fois pour des raisons de forme, liées à l'insertion de ces dispositions dans un texte de simplification, et de fond, au regard de l'importance de ce plan dans la prise en charge de la personne, illustrée par le graphique ci-après, la mission préconise de maintenir les dispositions actuellement en vigueur concernant le caractère systématique de l'élaboration des plans personnalisés de compensation du handicap.

Il convient par ailleurs de veiller à une bonne remontée d'informations à la caisse sur les données d'activité des maisons départementales ⁽⁵⁾. À cet égard, la CNSA a accompagné l'acquisition d'un système d'information qui lui permettra localement de gérer son activité et de produire ses indicateurs. Cette action d'accompagnement a été conduite dans le souci d'accélérer les démarches et de permettre la remontée et la consolidation des informations au niveau national, de manière à ce que tous les systèmes locaux participent à la création d'un système d'information partagé sur l'autonomie des personnes handicapées (« SIPAH »). Il convient donc de poursuivre cette démarche, la première version complète du système devant être disponible à partir de la fin 2010.

(1) Rapport n° 530 de M. Paul Blanc, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi de M. Paul Blanc et plusieurs de ses collègues tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap (9 juin 2010).

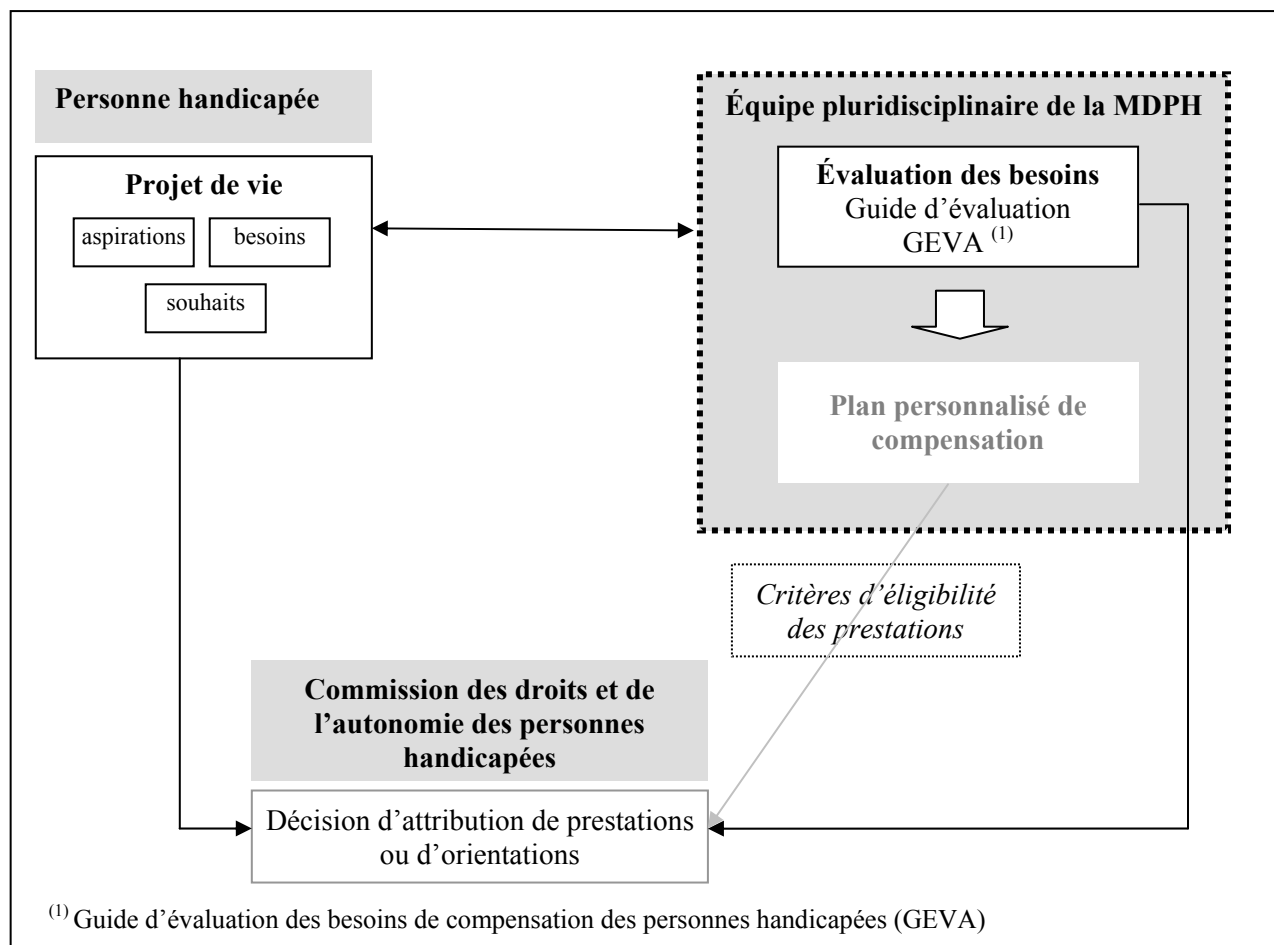
(2) Table ronde du 12 janvier 2010.

(3) Audition du 6 avril 2010.

(4) Texte adopté n° 376.

(5) La loi a en effet prévu que les maisons départementales transmettent à la caisse les données relatives à leur activité, à leur décision ainsi qu'aux caractéristiques des personnes concernées.

Le plan personnalisé de compensation du handicap : du projet de vie aux décisions en matière de compensation



Source : schéma réalisé d'après le Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap (12 février 2009)

Enfin, si les réflexions autour de la convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées ont été amorcées dans le cadre des débats sur la mise en place d'un nouveau champ de protection sociale, plusieurs départements expérimentent, sans attendre les éventuelles évolutions législatives, des « maisons de l'autonomie ». Celles-ci peuvent prendre deux formes : soit un regroupement de structures, par un rapprochement géographique de leurs équipes d'accueil et parfois d'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées, soit la mutualisation d'outils, certains départements réfléchissant à une convergence de leurs pratiques professionnelles, considérant que les outils, les méthodes, les professionnels et les dispositifs mobilisés pourraient être communs, quand bien même les prestations finalement accordées resteraient différentes. C'est pour mieux comprendre ce que ces évolutions peuvent apporter que la CNSA a décidé de soutenir certains de ces projets. Dans le cadre de son rapport annuel au Parlement, la caisse pourrait utilement dresser le bilan de ces expérimentations. Cette réflexion sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées doit enfin être poursuivie dans la perspective de l'examen de la proposition de loi du sénateur M. Paul Blanc évoquée plus haut.

Proposition : Centraliser à la CNSA tous les moyens financiers dévolus au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, en veillant à un transfert correspondant des ressources de l'État à la caisse ; maintenir le caractère obligatoire du plan personnalisé de compensation du handicap ; envisager la possibilité que les commissions exécutives des maisons comportent un représentant des agences régionales de santé ; veiller à ce que les responsables de l'administration centrale soient présents lors des réunions des directeurs de maisons organisées par la CNSA, deux fois par an ; étudier la possibilité de développer la mutualisation de moyens pour permettre des économies sur les commandes publiques des maisons ; assurer une bonne remontée d'informations à la CNSA, à travers la poursuite du déploiement d'un système d'information ; évaluer les expérimentations en cours des maisons départementales de l'autonomie.

2. Élargir les missions de la caisse et ouvrir une large réflexion concernant le financement des aides à la personne

a) En renforçant le rôle d'appui de la caisse aux départements dans le secteur des personnes âgées

Ainsi que l'a suggéré un rapport récent de l'inspection générale des affaires sociales sur l'allocation personnalisée d'autonomie ⁽¹⁾, dont les auteurs ont été entendus par la mission ⁽²⁾, il convient de veiller à une imputation correcte des dépenses concernant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dite « extraréglementaire ⁽³⁾ » (cf. *supra*). Dans la plupart des départements, celle-ci ne porte pas sur des montants élevés, mais « *ce phénomène soulève surtout la question des moyens dont dispose la CNSA pour contrôler la régularité des états financiers déclarés (capacité à faire appel à des contrôles extérieurs, systèmes d'information)* ». Ce rapport suggère en conséquence de confirmer dans les textes la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire faire appel aux services d'inspection de l'État pour évaluer la mise en œuvre des prestations en matière d'autonomie. Il semble par ailleurs que des clarifications pourraient être apportées par voie réglementaire, en matière par exemple de date de cessation du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie suite au décès du bénéficiaire.

Enfin, la CNSA pourrait se voir dotée d'une fonction d'animation et de mise en cohérence partagée des documents de référence et des guides, notamment en matière d'évaluation de la dépendance et des contenus des plans d'aide, comme elle le fait aujourd'hui concernant le handicap, avec un succès reconnu par les conseils

(1) La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles réalisés dans plusieurs départements, *rapport de MM. Michel Laroque et Cédric Puydebois et de Mme Annie Fouquet, membres de l'inspection générale des affaires sociales (juillet 2009)*.

(2) *Audition du 3 mai 2010*.

(3) *Par ce terme, on entend les versements de prestations aux personnes âgées dépendantes complémentaires à l'aide fournie dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mais ne reposant pas sur une application stricte des textes législatifs ou réglementaires.*

généraux L'intervention de l'opérateur national, chargé du financement partiel des prestations sociales dans le domaine de la dépendance, permettrait d'organiser des échanges de bonnes pratiques. Les dispositions législatives définissant les missions de la CNSA⁽¹⁾ pourraient ainsi être modifiées pour étendre son rôle d'appui aux départements dans le domaine du handicap à l'ensemble du champ de la perte d'autonomie. La caisse pourrait ainsi être chargée d'une coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'allocation personnalisée d'autonomie ainsi que d'une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service.

Proposition : Concernant les prestations liées à la perte d'autonomie, en particulier l'allocation personnalisée d'autonomie :

– pour l'allocation personnalisée d'autonomie « extraréglementaire » : veiller à une imputation correcte des dépenses et isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'APA ; confirmer, dans les textes, la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire appel aux services d'inspection de l'État pour contrôler et évaluer la mise en œuvre des prestations liées à la perte d'autonomie ;

– apporter, le cas échéant, des clarifications réglementaires concernant les conditions d'attribution et de versement de l'allocation ;

– attribuer par voie législative à la CNSA une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service, et la charger également d'une mission de coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'allocation personnalisée d'autonomie.

b) En ouvrant une large réflexion concernant le financement des aides à domicile et des aides sociales versées par les départements

Lors de la dernière réunion du conseil de la CNSA du 30 mars 2010, les fédérations du secteur de l'aide à domicile, soutenues par les associations représentant les personnes âgées et les personnes handicapées, ont interpellé les représentants de l'État sur les difficultés urgentes et les financements insuffisants de l'aide à domicile aux personnes fragilisées, en souhaitant la poursuite de la concertation sur ce sujet.

Pour avancer sur le sujet, la direction générale de la cohésion sociale a d'ores et déjà annoncé trois mesures : la mise en place d'un groupe de travail, piloté par la direction générale et associant les représentants des financeurs et des opérateurs, dont la CNSA, pour faire un état des lieux de l'aide à domicile ; une demande adressée par le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction

(1) Article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

publique, M. Éric Woerth, à la caisse portant sur la définition de références partagées pour la prise en charge des bénéficiaires de l'aide à domicile (constat sur les plans d'aide et les besoins) ; une mission conjointe des inspections générales des finances, des affaires sociales et de l'administration sur les mécanismes de financement et de tarification qui, aujourd'hui, sont peu clairs et inéquitables. Outre les modalités de financement du secteur de l'aide à domicile, il conviendrait également de se pencher sur les procédures d'autorisation et d'agrément, dont M. Michel Laroque, membre de l'inspection générale des affaires sociales⁽¹⁾, a souligné la complexité. En tout état de cause, la réflexion doit impérativement être poursuivie sur ce sujet.

Par ailleurs, suite à la remise du rapport de M. Pierre Jamet sur les finances départementales⁽²⁾, le Premier ministre a souhaité réunir les ministres concernés et la commission exécutive de l'Association des départements de France, afin d'engager un travail de concertation sur les nombreuses propositions du rapport. Celui-ci a en effet vocation à devenir une « boîte à outils » dans laquelle État et départements pourront trouver les moyens d'accroître l'efficacité de leurs interventions, à coûts maîtrisés. En juin dernier, à l'issue d'une réunion avec les représentants des départements de France, le Premier ministre a par ailleurs annoncé qu'il avait été acté « *la mise en place d'une réflexion sur les trois prestations qui constituent l'essentiel du problème financier des départements, et notamment l'allocation personnalisée d'autonomie*⁽³⁾ ». En annonçant l'engagement de la réforme de la dépendance avant la fin de l'année pour qu'elle soit opérationnelle en 2011, il a également indiqué que, dans le cadre de cette réforme, il allait être possible de « *rediscuter de la part de financement des uns et des autres, et donc soulager les départements d'une difficulté, qui est sans doute la plus structurelle* ». La CNSA s'est également saisie de cette question importante : le conseil de la caisse a en effet décidé, en novembre 2009, d'engager une réflexion sur la répartition des concours financiers entre les départements. Il convient donc de poursuivre la réflexion sur ce sujet majeur, qui justifierait d'ailleurs la constitution d'une mission d'information de l'Assemblée nationale.

Proposition : Poursuivre la réflexion en cours concernant le secteur de l'aide à domicile et les finances départementales, en concertation avec les acteurs concernés.

*

La réflexion sur les missions et l'action de la CNSA doit naturellement être poursuivie dans le cadre des débats sur la dépendance et la perspective de création d'un cinquième risque de protection sociale. En tout état de cause, son

(1) *Audition du 3 mai 2010.*

(2) *Les finances départementales, rapport au Premier ministre de M. Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône (20 avril 2010).*

(3) *Point presse de M. François Fillon, Premier ministre, à l'issue de la réunion avec la commission exécutive de l'Assemblée des départements de France (1^{er} juin 2010).*

rôle important dans la mise en œuvre des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie doit être consolidé et renforcé.

Proposition : Conforter les missions d'opérateur national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie de la CNSA et lui confier un rôle important dans la perspective de la mise en œuvre d'un cinquième risque.

Au-delà de l'indéniable complexité des circuits de financement et de décision dans le secteur médico-social, il s'agira d'un débat majeur et ce, en premier lieu, parce la dépendance, selon les termes du Président de la République ⁽¹⁾ :

« C'est un défi financier, c'est un défi organisationnel, c'est un défi médical. C'est surtout un défi humain : celui d'une société qui a le choix entre la détresse, la solitude, l'abandon et pour certains sans doute le désir d'en finir, ou bien la solidarité, l'accompagnement, la dignité, la garantie pour chacun d'être entouré de soins et d'affection jusqu'à son dernier jour. »

« L'honneur d'une société, c'est de protéger les plus fragiles. »

(1) Allocation du Président de la République, lors du quarantième anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale (18 septembre 2007).

LISTE DES VINGT ET UNE PROPOSITIONS DE LA MISSION

I.- Propositions visant à améliorer la procédure budgétaire et le suivi des dépenses

– Éviter à l’avenir tout nouveau débasage de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) médico-social

– Supprimer la délégation des crédits par la CNSA sur la base des dépenses encadrées ; supprimer cet agrégat et déléguer ces crédits sur la base de l’objectif global de dépenses. Mettre en place une procédure de répartition des crédits de l’objectif global de dépenses par la CNSA entre les agences avant la fin du mois de janvier, permettant ainsi l’achèvement de la campagne budgétaire au cours du premier trimestre.

– Améliorer la procédure de construction de l’objectif global de dépenses, en prenant davantage en compte les données sur les dépenses effectives et prévisionnelles des établissements au niveau local. Parallèlement, mettre en place une procédure d’enregistrement comptable des engagements pluriannuels.

– Développer un système d’information intégré à la disposition de la CNSA et des agences régionales de santé et homogénéiser les outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification, en vue de permettre la remontée des données par établissement à la CNSA. Étudier la possibilité de prévoir, par voie réglementaire, une obligation pour les établissements de faire remonter les informations nécessaires.

– Garantir un financement pérenne de l’aide à l’investissement, en prévoyant l’affectation d’une partie du produit de la contribution de solidarité pour l’autonomie à la section V du budget de la CNSA, et en majorant l’objectif national de dépenses d’assurance maladie médico-social à due concurrence.

– Prévoir de manière explicite dans la préparation de l’objectif global de dépenses une enveloppe de financement de crédits non reconductibles, en encadrant plus strictement leur objet.

II.- Propositions visant à adapter les modalités d’autorisation et de tarification

– Publier rapidement les décrets d’application prévus par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital, concernant notamment la procédure d’appel à projets, et poursuivre le déploiement des enveloppes anticipées.

– Concernant la médicalisation : publier rapidement le décret tarifaire, qui prévoit notamment un assouplissement, à titre expérimental, des conditions de prise en charge des postes d’aides soignants par l’Assurance maladie (« règle du 70-30 ») ; renforcer la formation sur les référentiels et les modalités de

« pathossification » et confier à la CNSA une mission de coordination et de suivi des actions de formation engagées dans ce domaine ; veiller aux conditions de transfert des médecins conseils dans les agences régionales de santé concernant notamment leur nombre et leur formation (rapport au Parlement) ; veiller à la clarté des circulaires et stabiliser le cadre juridique de la tarification ; engager une réflexion sur la simplification éventuelle de la procédure de médicalisation (rapport au Parlement).

– Engager une réflexion sur l'évolution de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, en concertation avec les acteurs concernés.

III.- Propositions visant à dessiner les voies d'une gouvernance renouvelée

– Clarifier les missions et les compétences respectives de l'opérateur (CNSA) et de ses autorités de tutelle (en particulier la direction générale de la cohésion sociale) dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion et promouvoir notamment des circulaires cosignées par la caisse et la direction générale de la cohésion sociale.

– Compléter la loi pour préciser que, sans préjudice des dispositions relatives au Conseil national de pilotage, la CNSA participe à l'animation du réseau des agences régionales de santé concernant le champ médico-social. Organiser les conditions d'un dialogue de gestion resserré entre la caisse et chaque agence régionale de santé, selon des modalités définies dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

– Approfondir la coopération entre la CNSA et l'Assurance maladie : en prévoyant une coopération plus opérationnelle dans la convention conclue entre la CNSA et la CNAMTS, concernant notamment les échanges et les systèmes d'information ; en prévoyant la communication mensuelle, par type de dépenses, des paiements effectués par les caisses primaires d'assurance maladie à la CNSA et aux agences régionales de santé, et en procédant autant que possible au rapprochement des fichiers entre les caisses et les agences.

– Promouvoir une meilleure information et une meilleure articulation avec les conseils généraux, en assurant notamment le fonctionnement effectif des commissions de coordination et en veillant à leur concertation lors de l'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps.

– Prévoir la représentation des régimes d'assurance maladie au sein du conseil de la CNSA et accorder une vice-présidence aux représentants des conseils généraux, membres du conseil de la caisse.

IV.- Propositions visant à renforcer l'évaluation et le contrôle et adapter le fonctionnement de la caisse

– Prévoir la certification des comptes de la CNSA par la Cour des comptes et développer l'audit interne.

– Améliorer l'information du Parlement : par des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale plus lisibles et détaillées, notamment sur le suivi de l'objectif global de dépenses et des mesures nouvelles, les engagements, voire la qualité de la prise en charge ; par la présentation de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNSA et de son bilan devant les commissions chargées des affaires sociales.

– Concernant le fonctionnement de la caisse, veiller à ce qu'elle dispose des ressources adaptées à l'exercice de ses missions (par exemple, pour les systèmes d'information) et prévoir la réalisation d'enquêtes de satisfaction sur l'action de la CNSA auprès des opérateurs locaux.

V.- Propositions concernant les maisons départementales des personnes handicapées et les prestations individuelles d'aide à l'autonomie

– Concernant les maisons départementales des personnes handicapées : centraliser à la CNSA tous les moyens financiers dévolus au fonctionnement des maisons, en veillant à un transfert correspondant des ressources de l'État à la caisse ; maintenir le caractère obligatoire du plan personnalisé de compensation du handicap ; envisager la possibilité que les commissions exécutives des maisons comportent un représentant des ARS ; veiller à ce que les responsables de l'administration centrale soient présents lors des réunions des directeurs de maisons organisées par la CNSA, deux fois par an ; étudier la possibilité de développer la mutualisation de moyens pour permettre des économies sur les commandes publiques des maisons ; assurer une bonne remontée d'informations à la CNSA, à travers la poursuite du déploiement d'un système d'information ; évaluer les expérimentations en cours des maisons départementales de l'autonomie.

– Concernant les prestations liées à la perte d'autonomie, en particulier l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : pour l'allocation personnalisée d'autonomie « extraréglementaire », veiller à une imputation correcte des dépenses et isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'APA, et confirmer, dans les textes, la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire appel aux services d'inspection de l'État pour contrôler et évaluer la mise en œuvre des prestations liées à la perte d'autonomie ; apporter, le cas échéant, des clarifications réglementaires concernant les conditions d'attribution et de versement de l'allocation ; attribuer par voie législative à la CNSA une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et

l'appui à la qualité de service, et la charger également d'une mission de coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'allocation personnalisée d'autonomie.

– Poursuivre la réflexion en cours concernant le secteur de l'aide à domicile et les finances départementales, en concertation avec les acteurs concernés.

VI.- Proposition concernant le cinquième risque

– Conforter les missions d'opérateur national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie de la CNSA et lui confier un rôle important dans la perspective de la mise en œuvre d'un cinquième risque.

ANNEXES

ANNEXE 1

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION

(11 membres)

	Groupe politique
Mme Laurence Dumont, présidente	SRC
Mme Bérengère Poletti, rapporteure	UMP
M. Denis Jacquat	UMP
M. Paul Jeanneteau	UMP
M. Guy Malherbe	UMP
Mme Valérie Rosso-Debord	UMP
Mme Isabelle Vasseur, jusqu'au 10 avril 2010	UMP
M. Fernand Siré, depuis le 18 mai 2010	UMP
Mme Martine Carrillon-Couvreur	SRC
Mme Marie-Renée Oget	SRC
M. Maxime Gremetz	GDR
M. Claude Leteurtre	NC

Groupe UMP : groupe de l'Union pour un mouvement populaire

Groupe SRC : groupe socialiste, citoyen et divers gauche

Groupe GDR : groupe de la Gauche démocrate et républicaine

Groupe NC : groupe du Nouveau centre

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Cour des comptes** – M. Jean-Pierre Bayle, président de la cinquième chambre, et M. David Gruson, conseiller référendaire
- **Mme Hélène Gisserot**, membre du conseil de la CNSA, magistrat honoraire à la Cour des comptes, et **M. Étienne Grass**, membre de l'inspection générale des affaires sociales, auteurs du rapport sur les *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix* (mars 2007)
- **M. Stéphane Le Bouler**, chef de la mission recherche de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ancien responsable de la mission sur la prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes au Conseil d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* (juin 2006)
- **Table ronde réunissant les représentants des associations œuvrant pour les personnes âgées**, membres du conseil de la CNSA :
 - M. Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées
 - M. André Flageul, président de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile
 - M. Benoît Jayez, secrétaire général adjoint de l'Union confédérale des retraités – Force ouvrière
 - M. Guy Le Rochais, membre du conseil d'administration de France Alzheimer
- **Table ronde réunissant les représentants des associations œuvrant pour les personnes handicapées**, membres du conseil de la CNSA :
 - M. Jean-Marie Barbier, président de l'Association des paralysés de France, vice-président
 - M. Jean Canneva, président de l'Union nationale des amis et familles de personnes malades psychiques

- M. Régis Devoldère, président, et M. Thierry Nouvel, directeur général de l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales
- M. Christophe Duguet, représentant de l'Association française contre les myopathies
- M. Jean-Louis Garcia, président de l'Association pour adultes et jeunes handicapés
- **M. Denis Piveteau**, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, conseiller d'État, ancien directeur de la CNSA
- **Observatoire national de l'action sociale décentralisée** – M. Jean-Louis Sanchez, délégué général, et M. Didier Lesueur, directeur général adjoint
- **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées** – M. Jean-Alain Margarit, président, membre du conseil de la CNSA, et M. Yves Journal, vice-président
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées** – Mme Christine Dupré, présidente, directrice de la maison départementale des personnes handicapées de Seine-et-Marne
- **Table ronde réunissant les représentants des organisations d'employeurs**, membres titulaires ou suppléants du conseil de la CNSA :
 - Mme Muriel Carroll, chef du service assurance maladie, Mme Dominique Lery, représentante à la CNSA, Mme Agnès Canarelli, représentante suppléante à la CNSA et Mme Audrey Herblin, chargée de mission à la direction des affaires publiques, du Mouvement des entreprises de France
 - M. Henri Lesaule, représentant de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises
 - Mme Roselyne Lecoultré, représentante de l'Union professionnelle artisanale, et Mme Caroline Duc, conseillère technique chargée des relations avec le Parlement
- **Table ronde réunissant les représentants des organisations syndicales de salariés**, membres titulaires ou suppléants du conseil de la CNSA :
 - Mme Solange Fasoli, représentante de la Confédération générale du travail
 - M. Yves Verollet, représentant de la Confédération française démocratique du travail
 - M. Jean-Marc Bilquez, et M. Paul Virey, représentants de la Confédération générale du travail - Force ouvrière

- M. Thierry Gayot, représentant de la Confédération française des travailleurs chrétiens
- **Table ronde avec les représentants d’institutions intervenant dans le domaine de compétence de la CNSA :**
 - Mme Andrée Barreteau, représentante de la Fédération hospitalière de France, membre suppléante du conseil de la caisse
 - M. David Causse, directeur du secteur sanitaire, et Mme Marine Darnault, membre suppléante du conseil de la caisse, directrice du secteur médico-social de la Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif
 - M. Alain Villez, de l’Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, membre du conseil de la caisse
- **Inspection générale des affaires sociales** – M. Christophe Lannelongue et Mme Dorothée Imbaud, membres de l’inspection
- **CNSA** – Mme Évelyne Sylvain, directrice des établissements et services médico-sociaux
- **Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l’organisation des soins, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Table ronde avec les représentants des conseils généraux :**
 - M. Jean-Noël Cardoux, vice-président du conseil général du Loiret, et M. Philippe Mauffret, directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Loiret
 - M. Jean-Marie Rolland, député, président du conseil général de l’Yonne
 - M. Gérard Roche, président du conseil général de Haute-Loire
 - M. Michel Boutant, sénateur, président du conseil général de Charente
 - M. Jean-Pierre Hardy, directeur de l’action sociale, Mme Marylène Jouvien, attachée parlementaire, et M. Steven Prunetta, chargé de mission, de l’Assemblée des départements de France (ADF)
- **Union nationale des centres communaux d’action sociale (UNCCAS)** – Mme Françoise Nouhen, vice-présidente, membre du conseil de la CNSA, et M. Daniel Zielinski, délégué général

- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées** – M. Philippe Calmette, directeur général, Mme Marie Aboussa, direction Gestion et gouvernance associative, et M. Antoine Fraysse, responsable des relations institutionnelles
- **Direction générale de la cohésion sociale** – M. Fabrice Heyriès, directeur général, et Mme Sabine Fourcade, chef de service adjointe au directeur
- **Direction de la sécurité sociale** – M. Dominique Libault, directeur, et M. Jérôme Clerc, chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole** – M. Gérard Pelhate, président, membre du conseil de la CNSA, M. Bruno Lachesnaie, directeur de l'action sanitaire et sociale, et M. Christian Fer, directeur des affaires juridiques
- **Fédération nationale de la Mutualité française** – Mme Michelle Dange, représentante au conseil de la CNSA, Mme Sophie Peltier, chargée de mission sur le secteur sanitaire et médico-social, et M. Vincent Figureau, responsable du département Relations extérieures
- **Table ronde réunissant les représentants des directions régionales des affaires sanitaires et sociales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales des Ardennes et du Calvados :**
 - Mme Françoise Aumont, directrice régionale par intérim des affaires sanitaires et sociales de Basse-Normandie
 - M. Laurent Dlévaque, directeur régional par intérim des affaires sanitaires et sociales de Champagne-Ardenne
 - Mme Sandra Milin, inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, chargée du service des établissements médico-sociaux du Calvados
 - M. Luc Renard, directeur départemental par intérim des affaires sanitaires et sociales des Ardennes
- **CNSA** – Mme Émilie Delpit, directrice de projet, chargée de la qualité et de la prospective
- **Syndicat national de gérontologie clinique** – M. Jean-Marie Vetel, président d'honneur, membre du conseil de la CNSA
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées** – M. Patrick Gohet, président, ancien délégué interministériel aux personnes handicapées
- **Mission Alzheimer** – Mme Florence Lustman, responsable de la mission de pilotage du plan Alzheimer, inspectrice générale des finances

- **CNSA** – M. Emmanuel Lefèvre, directeur financier
- **M. Alain Cordier**, ancien président du Conseil de la CNSA, inspecteur général des finances, membre du Comité consultatif national d'éthique
- **CNSA** – Mme Bernadette Moreau, directrice de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie
- **CNSA** – M. Francis Idrac, président du conseil, et M. Laurent Vachey, directeur
- **Direction générale de l'offre de soins** – Mme Annie Podeur, directrice générale, et Mme Christine Bronnec, chef de bureau au ministère de la santé et des sports des prises en charge *post* aiguës, pathologies chroniques et santé mentale
- **CNSA** – Mme Émilie Delpit, directrice de projet, chargée de la qualité et de la prospective de la CNSA
- **Table ronde avec les représentants des services des conseils généraux des Ardennes et du Calvados :**
 - Mme Christiane Dufossé, directrice générale adjointe chargée des interventions sociales, Mme Catherine Saura, responsable du handicap et de la vieillesse, du conseil général des Ardennes, et M. Igor Dupin, directeur de la maison départementale des personnes handicapées des Ardennes
 - M. Dominique Chrétien, directeur général adjoint de la solidarité, M. Franck Lemennais, directeur de l'autonomie du conseil général du Calvados, et Mme Annie Coletta, directrice de la maison départementale des personnes handicapées du Calvados
- **Inspection générale des affaires sociales** – MM. Cédric Puydebois et Michel Laroque, membres de l'inspection, auteurs du rapport sur *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie* (juillet 2009)
- **Mme Nora Berra**, secrétaire d'État chargée des Aînés auprès du ministre du travail, de solidarité et de la fonction publique
- **Mme Nadine Morano**, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité auprès du ministre du travail, de solidarité et de la fonction publique
- **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé et des sports

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ARS	Agence régionale de santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Conseil national de pilotage des agences régionales de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CROS-MS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	Groupe iso-ressources moyen pondéré
GMPS	Groupe iso-ressources moyen pondéré soins
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PATHOS	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement
PMP	Pathos moyen pondéré
PCH	Prestation de compensation du handicap
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SROSMS	Schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
USLD	Unités de soins de longue durée

ANNEXE 4

COMPOSITION DU CONSEIL DE LA CNSA

Catégories de représentants prévues par la loi	Composition prévue par décret	Répartition des voix prévue par décret
Le Conseil est composé de : 1° De représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées	6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées désignés, ainsi que leurs 6 suppléants, dans les conditions fixées par l'article R. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles	6 voix pour ce collège
	6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées désignés, ainsi que leurs 6 suppléants, dans les conditions fixées par l'article R. 14-10-5 du même code	6 voix pour ce collège
2° De représentants des conseils généraux	6 représentants des conseils généraux désignés, ainsi que leurs six suppléants, par l'Assemblée des départements de France	6 voix pour ce collège
3° De représentants des organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;	5 représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et leurs cinq suppléants, respectivement désignés par : – la Confédération générale du travail – la Confédération française démocratique du travail – la Confédération générale du travail - Force ouvrière – la Confédération française des travailleurs chrétiens – la Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres	8 voix, dont : 2 voix 2 voix 2 voix 1 voix 1 voix
	3 représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives et leurs 3 suppléants, respectivement désignés par : – le Mouvement des entreprises de France – la Confédération générale des petites et moyennes entreprises – l'Union professionnelle artisanale	8 voix pour ce collège 4 voix 2 voix 2 voix
4° De représentants de l'État ;	10 représentants de l'État : le directeur général de la cohésion sociale, le directeur de la sécurité sociale, le directeur du budget, le directeur de l'enseignement	Chaque représentant de l'État dispose de 4 voix, à l'exception du secrétaire général du comité interministériel du handicap

	scolaire, le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle, le directeur général de l'offre de soins, le directeur général de la santé, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général des collectivités locales et le secrétaire général du comité interministériel du handicap, ou leur représentant	qui dispose d'une voix. 37 voix pour ce collège (soit 44,5 % de l'ensemble des voix)
5° De parlementaires ;	– 1 député – 1 sénateur	2 voix
6° De personnalités et de représentants d'institutions choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la caisse.	7 représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétences de la caisse et leurs 7 suppléants, désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, l'Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, la Fédération hospitalière de France, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, la Mutualité sociale agricole, le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale	7 voix
	3 personnalités qualifiées , conjointement désignées, pour une durée de quatre ans, par le ministre chargé des personnes âgées et le ministre chargé des personnes handicapées.	3 voix
Total	48 membres	83 voix

Source : articles L. 14-10-3, R. 14-10-2 et R. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles

ANNEXE 5

LE BUDGET EXÉCUTÉ 2009 DE LA CNSA

(En millions d'euros)

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés	PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 678,6	15 318,6	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 678,6	15 318,6
<i>Sous-section 1</i> <i>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 058,0	8 036,0	<i>Sous-section 1</i> <i>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 058,0	8 036,0
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (objectif global de dépenses)	8 010,0	7 919,2	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	314,4	308,9
Groupe d'entraide mutuelle	24,0	24,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 727,0	7 727,0
Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux	0,7	0,7	Reprise de provision Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux + divers		0,2
Opérations diverses	23,3	22,8	Déficit	16,6	0,0
Excédent		69,3			
<i>Sous-section 2</i> <i>Établissements et services accueillant des personnes âgées</i>	7 620,6	7 282,6	<i>Sous-section 2</i> <i>Établissements et services accueillant des personnes âgées</i>	7 620,6	7 282,6
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (objectif global de dépenses)	7 592,0	7 252,3	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	898,3	882,4
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	1,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 417,0	6 267,0
Opérations diverses	27,5	29,1	Reprise de provision ANESM + divers		0,4
Excédent		0,0	Déficit	305,3	132,7
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 583,7	1 564,2	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 583,7	1 564,2
Concours versés aux départements (APA)	1 562,0	1 548,2	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	449,1	441,2
Congé de soutien familial	0,5	0,0	Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 052,6	1 033,4
Opérations diverses	21,2	16,0	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0	65,8
			Produits financiers	15,0	22,7
			Reprise de provision		1,0
Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	613,9	611,8	Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	613,9	611,8
Concours versés aux départements (PCH)	514,7	509,7	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	583,9	573,6
Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0	Produits financiers	15,0	22,7
Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4	22,8	Produit exceptionnel		0,4
Congé de soutien familial	0,5	0,0	Reprise de provision		0,1
Opérations diverses	17,3	19,3	Déficit	15,0	15,0
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	89,1	120,7	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	89,1	120,7
<i>Sous-section 1</i> <i>Personnes âgées</i>	74,2	100,5	<i>Sous-section 1</i> <i>Personnes âgées</i>	74,2	100,5
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	66,2	56,0	Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,2	66,0

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés	PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Plan métier	7,0	0,0	Reprise de provisions		32,6
Opérations diverses	1,0	0,8	Produit exceptionnel		2,0
Excédent		43,8	Déficit	7,0	0,0
<i>Sous-section 2 Personnes handicapées</i>	14,9	20,1	<i>Sous-section 2 Personnes handicapées</i>	14,9	20,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	14,0	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,9
Plan métier	3,0	0,0	Reprise de provisions		8,2
Excédent		6,1	Déficit	3,0	0,0
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	788,1	662,1	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	788,1	662,1
<i>Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées</i>	564,9	462,0	<i>Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées</i>	564,9	462,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,2	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	4,6	3,5	Reprise de provisions	4,6	3,5
Plan Alzheimer + expérimentation	11,3	11,3	Subvention DGS « expérimentation MAIA »	4,2	4,2
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	195,0	117,7	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	195,0	132,8
Plan d'Aide à l'investissement des établissements 2009	180	156,9	Produits exceptionnels		0,2
OPER	115,0	115,6	Déficit	351,1	311,4
Plan de relance d'aide à l'investissement	49,0	50,8			
Excédent		0,0			
<i>Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées</i>	223,2	200,1	<i>Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées</i>	223,2	200,1
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,0	Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	2,4	2,1	Reprise de provisions	2,4	1,5
Dépenses emplois STAPS 2009	4,8	4,8	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	85,0	54,3
Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 et Plan d'aide à l'investissement 2008 »	85	49,4	Produits exceptionnels		0,0
Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50,0	69,3	Déficit	125,8	134,2
Contrats de plan État-région (CPER)	50,0	49,2			
Plan de relance d'aide à l'investissement	21,0	19,3			
Excédent		0,00			
Section VI Frais de gestion de la caisse	17,1	13,7	Section VI Frais de gestion de la caisse	17,1	13,7
Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1	5,3	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0	13,2
Dépenses de personnel / CNSA	8,5	8,2	Produit exceptionnel pour remboursement MAD.	0,1	0,0
Excédent (financement immobilisations)	0,6	0,2	Produits exceptionnels		0,4
Total des charges	18 721,0	18 126,5	Total des produits	17 897,7	17 652,5
Excédent	0,0	0,0	Déficit	823,3	474,0
Total équilibre du budget	18 721,0	18 126,5	Total équilibre du budget	18 721,0	18 126,5
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	14,5	14,1			
Total atténuation de recettes	26,9	27,4			

Source : CNSA