

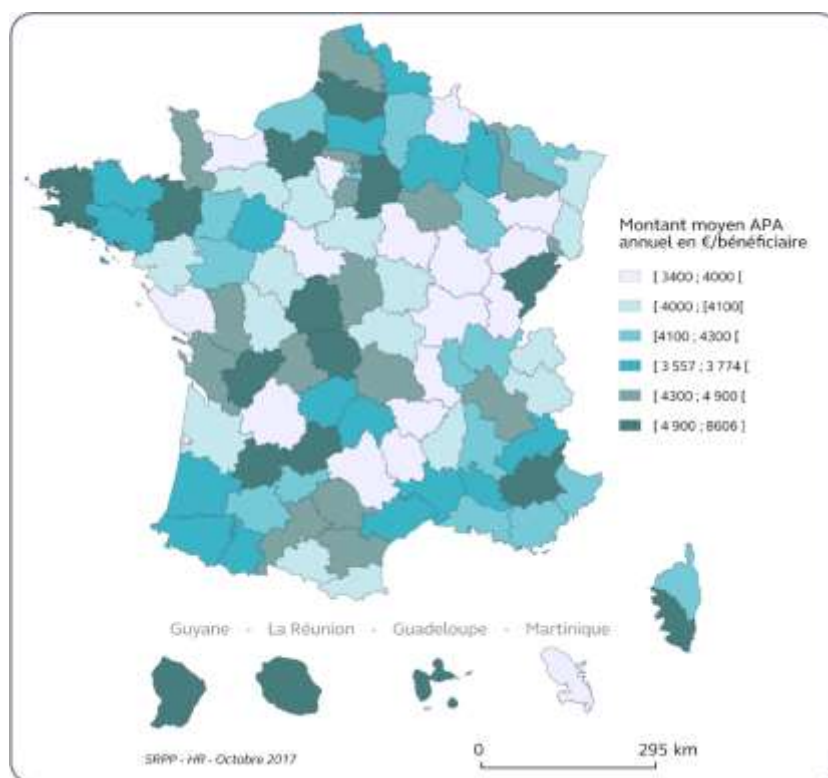
III - Le maintien de grandes disparités territoriales dans l'octroi des aides individuelles

La CNSA participe au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) : elle est chargée, en application de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), de la bonne allocation des concours attribués à ce titre aux départements, afin de contribuer à l'égalité de traitement des bénéficiaires sur le territoire.

A - Des disparités territoriales persistantes dans la compensation des aides individuelles

Le rapport sur les finances publiques locales publié par la Cour en octobre 2017 a relevé la persistance des disparités territoriales dans les montants alloués aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH. Ainsi, s'agissant de l'APA, la dépense moyenne par bénéficiaire s'élève en 2014 à 4 374 € sur le plan national (y compris les DOM), mais elle présente des écarts importants entre départements, ainsi que l'illustre la carte ci-dessous : le montant le plus faible est celui de la Lozère (3 461 €) et le plus élevé celui de la Guyane (8 606 €).

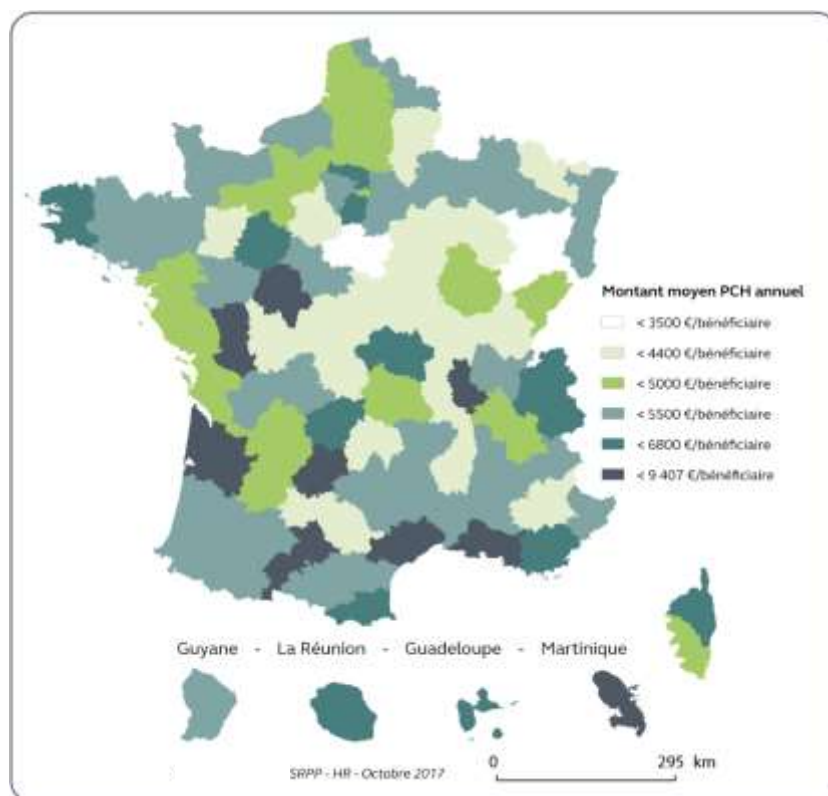
Carte n° 1 : montant moyen annuel de l'APA par bénéficiaire (données 2014)



Source : Cour des comptes à partir de données DGCL

S'agissant de la PCH, selon le rapport précité, la dépense moyenne par bénéficiaire s'élève à 5 555 € sur le plan national (y compris les DOM), tout en présentant également des écarts importants entre départements (de 2 812 € à 9 407 €), comme l'illustre la carte ci-après.

**Carte n° 2 : montant moyen annuel de la PCH par bénéficiaire
(données 2015)**



Source : Cour des comptes à partir de données DGCL

La CNSA a fait réaliser en juillet 2015 une étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH, afin d'identifier les causes de ces disparités constatées entre les départements. Cette étude rappelle que le mode de gestion décentralisé de ces prestations se traduit par la mise en place de quatre étapes de traitement : l'accueil, l'instruction, l'évaluation et la décision. À chacune de ces étapes, des pratiques différenciées peuvent être constatées selon l'existence ou non de conventions avec des partenaires, les modalités d'accueil des demandeurs, les circuits d'instruction administrative, la composition de l'équipe d'évaluation ou bien encore les modalités d'examen du dossier en commission. Ces facteurs multiples expliquent les fortes disparités observées en termes de taux de demande par habitant, de taux d'accord, de délai moyen de traitement, et de montant moyen des plans d'aide.

B - Des progrès à réaliser dans la lutte contre les disparités territoriales

La Caisse s'est tout d'abord efforcée, sans obtenir jusqu'à présent de résultats tangibles, d'harmoniser les pratiques des équipes des MDPH pour l'attribution de la PCH. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement lui permet désormais de recommander aux équipes médico-sociales des départements le suivi de bonnes pratiques dans l'attribution de l'APA. D'autre part, la perspective de disposer en 2018 d'un système d'information commun des MDPH devrait améliorer la connaissance des conditions d'attribution de la PCH.

Le deuxième levier à la disposition de la CNSA est la péréquation financière entre les départements⁸⁰, dont l'Assemblée des départements de France (ADF) a demandé en janvier 2010 une modification. Des simulations ont été effectuées par la CNSA, utilisant des pondérations différentes pour chaque critère utilisé⁸¹. Les propositions qui en ont résulté ont été adoptées à l'unanimité par le conseil de la CNSA en juin 2010, mais n'ont finalement pas abouti. Dans son rapport de 2013, la Cour a regretté cet échec, dû au fait que « le Gouvernement [avait] suivi la demande de l'ADF qui souhaitait mener cette réforme dans le cadre plus large de la revendication d'une forte augmentation des concours financiers aux départements ».

Par la suite, un groupe de travail portant plus largement sur la dépendance a été constitué sous l'égide du ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Il n'a pas abouti non plus à une modification de la répartition du concours attribué en matière d'APA. En définitive, la péréquation entre les départements n'a donc pas progressé.

⁸⁰ La problématique de la péréquation entre les départements dépasse les seules contributions de la CNSA : cf. Cour des comptes, *Rapport sur Les finances publiques locales*. La Documentation française, octobre 2017, 510 p., disponible sur www.ccomptes.fr

⁸¹ Avec cette réforme, le concours de la CNSA aurait augmenté de plus de 3 points dans dix départements, et de 1 à 3 points dans 28 départements (surtout ruraux), il aurait été stable dans 28 départements et aurait diminué de 1 à 3 points dans 23 départements et de plus de 3 points dans 11 départements.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Une douzaine d'années après la création de la CNSA, la Cour constate que cet organisme est devenu un acteur majeur du secteur médico-social et qu'il a su prendre en charge les missions de plus en plus larges qui lui sont confiées.

Des progrès notables ont été accomplis depuis le dernier contrôle de la Cour. Une grande partie des recommandations formulées par la juridiction ont été mises en œuvre, qu'il s'agisse de la suppression de la réserve nationale, de l'établissement de relations suivies avec les équipes médico-sociales des départements, ou du développement en cours du système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées.

En revanche, des recommandations non appliquées subsistent encore, alors même qu'elles concernent des missions importantes de la CNSA : il en va ainsi, par exemple, de l'application générale des nouveaux critères de répartition des moyens alloués aux ARS ou de la redéfinition, dans un objectif de réduction des disparités territoriales, des concours alloués aux départements pour l'APA et la PCH.

Au total, de réels progrès ont été accomplis depuis le dernier contrôle de la Cour et ils doivent se poursuivre dans le domaine de la répartition des crédits aux agences régionales de santé et de l'attribution des aides individuelles. Pour l'avenir, la Cour est conduite à formuler deux nouvelles recommandations (n° 1 et 2) et à réitérer une de ses précédentes recommandations, non encore mise en œuvre à ce jour (n° 3) :

- 1. préciser le rôle de la CNSA dans la synthèse des volets médico-sociaux des projets régionaux de santé ;*
 - 2. assurer une répartition plus équitable des dotations régionales limitatives en appliquant les nouveaux critères de répartition fondés sur l'« indice global de besoins » ;*
 - 3. modifier les critères de péréquation pour l'attribution des concours de la CNSA en matière d'aide personnalisée pour l'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) pour compenser les disparités territoriales.*
-

Réponses

Réponse de la ministre des solidarités et de la santé.....	122
Réponse du ministre de l'action et des comptes publics.....	125
Réponse commune de la présidente du conseil et de la directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	127

Destinataire n'ayant pas d'observations

Président du conseil départemental de Haute-Corse

Destinataires n'ayant pas répondu

Président de l'Assemblée des départements de France
Président de la collectivité territoriale de Guyane
Président du conseil départemental des Ardennes
Président du conseil départemental de Lozère

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

I. Le lien entre la CNSA et ses tutelles

S'agissant des relations entre la CNSA et ses tutelles, le rapport indique que « l'interlocuteur privilégié de la CNSA est sa principale direction ministérielle de tutelle, la DGCS. Les relations entre ces deux structures sont complexes. En principe, la DGCS est chargée de l'élaboration des normes réglementaires et la CNSA de l'animation territoriale et de l'appui aux acteurs locaux. En pratique, leurs champs d'intervention respectifs sont étroitement imbriqués, ce qui nécessite une concertation soutenue ».

Il me semble que les mots « en principe » devraient être retirés de l'avant dernière phrase. En effet, la distinction entre le rôle d'élaboration des normes dévolu à l'État et celui d'animation territoriale qui revient à la CNSA est parfaitement claire.

Cette distinction a d'ailleurs été confortée par la loi relative à l'adaptation de la société (ASV) au vieillissement du 28 décembre 2015, qui a renforcé le rôle de la CNSA en matière d'animation territoriale, notamment dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

II. L'encadrement de la programmation médico-sociale

S'agissant du renforcement du rôle de la CNSA en matière de création et de suppression de places, il convient de préciser que la CNSA n'intervient pas directement dans le processus de suppression de places, ce dernier étant dévolu aux agences régionales de santé (ARS). Il me paraît plus juste d'indiquer : « Pour créer les conditions d'une égalité de traitement des usagers sur l'ensemble du territoire, la CNSA doit organiser la programmation des places d'accueil... ».

Par ailleurs, concernant les plans régionaux de santé (PRS), la Cour indique que : « ni la DGCS ni le SGMAS n'ont estimé nécessaire, jusqu'à présent, de préciser davantage le rôle que devrait jouer la CNSA dans l'accompagnement de l'élaboration des plans régionaux de santé car elles considèrent que la Caisse est déjà largement associée à la programmation médico-sociale grâce à sa participation aux instances nationales et aux circulaires qu'elle cosigne sur ce sujet.

La création programmée, dès le premier trimestre 2018, sous l'égide du SGMAS, d'un « observatoire des bonnes pratiques » répondra à cette attente. Il développera des fonctions de repérage, d'échange, de rédaction de fiches de bonnes pratiques, de validation, de capitalisation et de diffusion. La CNSA sera étroitement associée à ces travaux.

S'agissant de la première recommandation énoncée en conclusion du projet d'insertion : « préciser le rôle de la CNSA dans la synthèse des volets médico-sociaux des projets régionaux de santé », je partage l'intérêt de cette recommandation et la CNSA se verra officiellement saisie de cette mission de synthèse, visant à contribuer, comme le précise la COG elle-même, à une meilleure connaissance, au niveau national et territorial, des besoins de développement de l'offre médico-sociale par création et transformation de places.

III. La suppression de la réserve nationale

La Cour souligne dans son projet la décision prise par la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et moi-même, de supprimer la pratique de « la réserve nationale » (10 % des crédits dédiés aux plans d'aide à l'investissement relevaient de cette enveloppe ministérielle), conformément à une recommandation que la Cour

Je tiens à préciser que cette décision est d'ores et déjà mise en œuvre puisque lors du conseil de la CNSA du 21 novembre 2017, les membres ont approuvé les modalités de répartition du plan d'aide à l'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour 2018, qui prévoient le versement de l'intégralité des crédits du PAI aux ARS.

IV. La modification des critères de répartition des dotations régionales limitatives

Suite à la dernière révision des critères de répartition utilisés par la CNSA pour allouer aux ARS leurs dotations régionales limitatives, la Cour souligne que « ces nouveaux critères apportent un réel progrès par rapport aux critères précédents ».

La cour relève toutefois deux insuffisances. La première concerne une application des nouveaux critères limitée au « flux » des créations de places et des mesures nouvelles, excluant pour l'instant le « stock » des places installées.

Je tiens à souligner que cette application limitée des nouveaux critères est prévue dans l'attente du déploiement opérationnel du système d'information « suivi des orientations ». En effet, leur extension au « stock » des places installées nécessite de disposer préalablement d'une évaluation des besoins territoriaux approfondie et consolidée. Par ailleurs,

les dotations comportent une part affectée à la transformation de l'offre, ce qui permet une action de l'ARS sur le stock.

La seconde insuffisance notée par la Cour porte sur les nouveaux indicateurs retenus qui « reposent essentiellement sur les prestations attribuées, et non sur des données de prévalence », et donne lieu à la formulation de la recommandation n° 2 : « assurer une répartition plus équitable des DRL en appliquant les nouveaux critères de répartition fondés sur l'« indice global de besoins ».

Au regard des actions engagées sur les nouveaux critères de répartition des DRL, il me semble qu'il s'agit davantage d'une recommandation partiellement mise en œuvre que d'une recommandation « non appliquée ».

V. Étude de coûts dans le secteur des SSIAD

La Cour estime que : « l'étude de coûts menée dans le secteur des SSIAD, pilotée par le ministère seul, est restée insuffisamment engagée ». Elle indique : « Le chantier de recueil des données devrait aboutir dans deux ans. Cette échéance ne doit plus être différée et la cour y sera vigilante ».

Je rejoins le constat de la Cour sur le respect de la planification calendaire relative à l'étude de coûts. À ce titre, je confirme que le calendrier initialement prévu pour l'année 2017 est tenu et ne sera pas décalé. Les travaux engagés devraient permettre d'aboutir à un recueil des données pour le premier semestre 2018 et les travaux d'analyse, de contrôle et d'exploitation des données dans le courant du premier trimestre 2019.

VI. Les aides à l'investissement

La Cour pose la question du financement futur des PAI, dans le contexte du tarissement progressif des excédents de la CNSA.

Bien qu'étant en baisse, les « fonds propres » de la CNSA, estimés à 263 M€ en 2^{ème} budget rectificatif pour l'année 2017, ont été révisés dans le troisième et dernier budget rectificatif à hauteur de 463,7 M€. Ce budget a été approuvé par le vote des membres du conseil de la CNSA le 21 novembre 2017. Le financement des PAI est par conséquent assuré jusqu'à fin 2018, et des réflexions sont menées pour trouver des relais de financement au sein de l'OGD au-delà de 2018.

VII. Les disparités territoriales dans l'octroi des aides individuelles

La Cour recommande de modifier les critères de répartition des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH) afin de compenser les disparités territoriales dans l'attribution des prestations.

Je tiens d'abord à rappeler que ces concours de la CNSA ne représentent en moyenne qu'un tiers des dépenses engagées en matière d'APA et de PCH, ils ne pourront donc compenser à eux seuls les disparités territoriales.

Par ailleurs, les contours du concours APA ont d'ores été modifiés suite à l'entrée en vigueur de la réforme de l'APA à domicile prévue par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, avec la création d'une seconde part du concours spécifiquement dédiée à la compensation des coûts liés à la réforme, alimentée par une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie. L'apport de cette recette nouvelle permet d'augmenter le taux de couverture de la dépense d'APA par la CNSA.

Enfin, si une réforme en profondeur du mode de répartition du concours est à souhaiter, et de nombreux travaux y ont été consacrés depuis 2008, elle reste difficile à mettre en œuvre dans le contexte budgétaire actuel, dans la mesure où elle conduirait à modifier l'équilibre de la répartition des moyens entre les départements, alors même que le financement des allocations individuelles de solidarité (AIS) reste une question prioritaire pour ces derniers.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Vous m'avez adressé, pour réponse, un projet d'insertion au rapport public annuel 2018 relatif à la gestion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Celui-ci n'appelle guère d'observation de ma part, hormis sur les quelques points suivants.

À titre liminaire, je me félicite des progrès d'ensemble constatés par la Cour depuis son rapport dédié à la gestion de la Caisse en 2013. En dépit d'effectifs comparativement restreints et de l'absence d'un réseau territorial propre – ce qui la distingue des caisses nationales de sécurité

sociale – cet établissement est aujourd’hui unanimement reconnu pour son expertise et son rôle d’animation auprès des acteurs institutionnels du champ médico-social. Le mode de gouvernance de la Caisse, également atypique du fait de la composition très élargie de son conseil, permet d’ailleurs d’associer l’ensemble de ces acteurs à la définition de ses grandes orientations stratégiques.

De même, l’évolution du budget alloué à la CNSA depuis sa création témoigne de l’effort consenti par la collectivité nationale en faveur de l’autonomie des personnes âgées et handicapées, malgré la contrainte importante pesant sur l’objectif national des dépenses d’assurance-maladie. Le budget initial pour 2018 qui vient d’être voté par la Caisse est ainsi en progression de 2 % par rapport à celui de 2017. L’objectif global de dépenses (OGD), qui rassemble la totalité des financements destinés à la prise en charge des soins dans les établissements et services médico-sociaux, est en hausse de 2,4 %, à près de 22 milliards d’euros.

La Cour souligne à juste titre, la diminution des « fonds propres » de la CNSA. Il conviendra de trouver des relais de financement notamment pour soutenir l’investissement dans le secteur. J’appelle toutefois votre attention sur le niveau de ces réserves fin 2017. Celui-ci a été réévalué dans les derniers documents budgétaires de la caisse à un niveau supérieur aux 297 M€ cités par la Cour. Par ailleurs, la diminution des fonds propres, qui correspondent à une non consommation des recettes, ne porte pas préjudice à la couverture des besoins.

La suppression du mécanisme dérogatoire de la « réserve nationale », à laquelle le Gouvernement s’est récemment engagé, répond à une recommandation expresse de la Cour. Elle contribuera à renforcer l’objectif d’une allocation équitable et efficiente des places d’établissements et services médico-sociaux sur l’ensemble du territoire, selon des besoins clairement objectivés, et de mieux résorber les écarts. Ces progrès, indéniables, n’ocultent pas les nombreux chantiers qui restent à mener par la CNSA, sur la période de la présente convention d’objectifs et de gestion qui la lie à l’État (2016-2019) et sans doute au-delà. Ainsi, elle doit œuvrer pour une meilleure connaissance des coûts et outiller les tarificateurs en ce sens, en poursuivant notamment les enquêtes et études de coûts, dont le degré de maturité reste inégal selon les secteurs. Elle pourrait également envisager, en lien avec ses tutelles, d’élargir ses réflexions sur la refonte des critères de répartition de l’OGD y compris sur le stock des dépenses dans un objectif d’équité inter-régionale. En outre, comme le rappelle la Cour dans la deuxième partie de son insertion, il s’agit de garantir le déploiement effectif du système d’informations

commun des maisons départementales des personnes handicapées (« SI-MDPH »).

Le dernier versant analysé par la Cour concerne la persistance de disparités territoriales dans l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Ces écarts sont bien sûr insatisfaisants au regard de la mission légale de la CNSA de veiller à l'égalité de traitement sur le territoire. Le déploiement du SI-MDPH et la pleine appropriation par la Caisse des leviers confiés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 doivent permettre de progresser sur ce point. La recommandation formulée par la Cour, portant sur une modification des critères de péréquation dans l'attribution des concours versés par la CNSA aux conseils départementaux, aura vocation à nourrir les débats lors de la prochaine réunion de la conférence nationale des territoires (CNT). Au-delà de la péréquation verticale, les mécanismes de péréquation horizontale doivent également être améliorés, ce qui pose la question plus large des ressources des collectivités. Une réflexion sur la refonte d'ensemble de la fiscalité locale, également à l'ordre du jour de la CNT, devrait permettre d'approfondir ce sujet.

**RÉPONSE COMMUNE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL ET DE
LA DIRECTRICE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ
POUR L'AUTONOMIE**

Au moment où nous prenons nos fonctions de nouvelles présidente du Conseil et directrice de la CNSA, les conclusions du relevé d'observations provisoires comme du présent projet d'insertion nous permettent de disposer en temps opportun du regard à la fois encourageant et exigeant de la Cour sur la caisse.

Nous nous réjouissons de voir que la CNSA, au terme de ses douze années d'existence, a pu ainsi s'affirmer progressivement, voir ses missions régulièrement et substantiellement élargies et apparaître aujourd'hui comme un intervenant reconnu et « un acteur central des politiques médico-sociales ». Notre objectif commun est de contribuer à renforcer cette dynamique de la caisse. Nous nous attacherons à développer à cette fin la synergie entre les travaux et orientations du Conseil et la production des équipes de la Caisse, afin d'accroître la contribution et l'influence de la CNSA en matière de conduite des politiques médico-sociales.

La Cour souligne en premier lieu la position de la CNSA, acteur central reconnu des politiques médico-sociales.

Elle relève la capacité d'adaptation de la caisse à ses missions en développement rapide : 2016 et 2017 ont de fait été des années de forte montée en puissance pour les équipes qui ont investi des champs nouveaux de compétence et d'animation, en particulier dans le cadre de la loi ASV (portail d'information pour les personnes âgées, financement et accompagnement de la montée en puissance des conférences des financeurs, accompagnement de la réforme tarifaire des EHPAD, déploiement de l'APA 2 ...).

La mise en œuvre de ces missions s'exerce de façon originale, comme le note la Cour, puisque la CNSA ne dispose pas de réseau territorial propre ; elle s'appuie en effet sur les acteurs locaux (agences régionales de santé, conseils départementaux, MDPH) avec lesquels elle entretient des relations étroites de partenariat, dans une double fonction de financement et d'animation mais également en appui technique. Compte tenu de la profondeur et des exigences des réformes en cours (transformation de l'offre médico-sociale, réponse accompagnée pour tous ...), cette animation se doit aujourd'hui d'être de plus en plus croisée pour garantir l'implication et la coordination des différents acteurs techniques mais aussi stratégiques. La CNSA s'attache à organiser ces temps de partage d'expérience et d'échanges de pratique entre acteurs à un niveau national mais aussi de plus en plus souvent interrégional pour intervenir en proximité tout en permettant la mise en regard des différentes pratiques régionales/départementales. Cette nouvelle étape de déploiement des capacités d'animation fonctionnelle des réseaux de la Caisse nécessite de renforcer la mobilisation des exécutifs départementaux représentés au sein de son Conseil afin de développer des échanges politiques réellement nourris en mettant à profit l'originalité de la gouvernance de la CNSA « avec un conseil dont la composition est plurielle »⁸².

Soulignant les liens entre CNSA et ARS, la Cour estime que l'équilibre est plus difficile à trouver avec les conseils départementaux : l'un des mandats confiés à la nouvelle direction de la caisse est d'asseoir et de fluidifier plus encore cette relation avec les départements. Il convient également de souligner que la forte attente des équipes techniques des directions de l'autonomie, en termes d'outillage, d'appui, d'échange, d'information et de mutualisation des expériences comme le nombre de chantiers communs a considérablement minimisé l'objection de « tutelle déguisée » pour installer une relation fonctionnelle d'animation, d'aide au

⁸² Rapport de la Cour des Comptes de 2013 sur la CNSA.

pilotage, de partage des savoirs et des données que la montée en charge du Système d'Information des MDPH permettra de renforcer.

Si les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les départements, renouvelées en 2016, ont en effet été établies à partir d'une convention type, approuvée par le Conseil en novembre 2015, ainsi que le prévoit l'article L. 14-10-7 du CASF, elles ont été précédées d'importants travaux en bilatéral et d'une longue et fructueuse réunion de travail et d'échange avec chacune des 102 collectivités. Cela a permis de mieux identifier et partager le bilan, les priorités et les pistes de travail pour l'avenir (appui spécifique, convention d'appui financier...).

La CNSA s'attachera à amplifier encore les relations avec les conseils départementaux, en s'appuyant sur la dynamique de son Conseil, pour garantir une qualité de dialogue indispensable à l'efficacité et à la performance des politiques de l'autonomie.

Tout en faisant état d'une « légitimité reconnue », la Cour interroge par ailleurs les champs d'intervention respectifs de la CNSA et de la DGCS : la connaissance du terrain, essentielle, de la caisse-agence qu'est la CNSA lui permet, au-delà de son rôle de financement, d'animation et d'appui, d'éclairer la décision politique, la conduite des réformes et l'élaboration des textes par la DGCS. Cela conduit parfois en effet à ce que les champs d'intervention soient « imbriqués » mais CNSA et DGCS veillent à garantir un bon niveau de concertation et à renforcer l'efficacité de leurs relations de travail pour que cette imbrication ne soit pas source de difficultés.

La Cour alerte ensuite sur le tarissement des aides à l'investissement.

Au travers d'un graphique dessinant l'évolution du soutien à l'investissement, la Cour met en lumière une décline significative entre 2006 et 2016 suite au tarissement des excédents de la gestion de la CNSA. Elle relève que la diminution des fonds propres est intervenue alors que les besoins de financement (des investissements) restent importants. Concernant la forte baisse des fonds propres pointée par la Cour, nous ne pouvons que réitérer avec force les alertes portées par la direction de la caisse, le Conseil et sa présidente, et aujourd'hui, avec acuité, par le contrôleur budgétaire.

Une utilisation croissante de ces fonds propres a certes bénéficié en partie aux dépenses relatives au secteur médico-social. Les fonds propres de la CNSA sont ainsi de plus en plus souvent mobilisés pour financer l'OGD ou pour compenser les mesures de régulation de l'ONDAM. Mais, de plus en plus souvent, les fonds propres sont aussi utilisés pour des

dépenses moins liées à ses enjeux propres. Les membres du Conseil se sont à plusieurs reprises opposés à des prélèvements sur les fonds propres de la caisse : 350 M€ pour soutenir dans le passé les départements en difficulté, montants auxquels s'ajoute le récent fonds d'urgence de 100 M€ prévu en PLFR 2017, ainsi que près de 100 M€ pour d'autres dépenses non liées à ses compétences ou compensant des débudgétisations de l'État. Le Conseil a dans ce contexte souhaité lors de sa dernière séance initier une réflexion sur une vision pluriannuelle du budget de la caisse.

À défaut de recettes nouvelles spécifiquement affectées, la CNSA ne dispose plus en effet aujourd'hui de marge de manœuvre pour soutenir l'investissement ou porter de nouveaux engagements de la CNH annoncée pour le printemps 2018. Mais, au-delà même des questions de soutien à l'investissement, c'est la soutenabilité financière de la caisse qui est en jeu en cas de nouveau prélèvement sur fonds propres.

La Cour souligne par ailleurs que la CNSA agit dans le respect des moyens humains et financiers fixés par la convention d'objectifs et de gestion qui la lie à l'État. Nous restons néanmoins préoccupés quant à la capacité de la caisse à faire face sur la durée aux ambitions qui lui sont assignées, compte tenu de sa taille relativement modeste (123 ETPT en 2017, 117 en 2019 en fin de COG) au regard des enjeux majeurs et du budget qu'elle porte comme de l'ampleur des chantiers qu'elle pilote ou auxquels elle contribue.

Concernant les recommandations de la Cour :

La première recommandation de la Cour est de préciser le rôle de la CNSA dans la synthèse des volets médico-sociaux des PRS. En ce qui concerne tout d'abord la définition des principes d'élaboration des PRS, la CNSA a, comme le rappelle la Cour, été associée aux démarches collectives interinstitutionnelles de cadrage de ces PRS. Elle est ensuite un acteur essentiel du dialogue de gestion avec les ARS sur le volet médico-social. Concernant l'analyse et le suivi à venir des volets médico-sociaux des PRS, la CNSA a en effet vocation à s'y investir en lien avec le SGMAS et la DGCS et avec son rôle d'appui nécessairement croissant à la transformation de l'offre dans le champ médico-social.

La Cour recommande ensuite que les progrès accomplis dans la répartition des moyens pour les ESMS et la connaissance de leurs coûts se poursuivent.

Concernant ce que la Cour qualifie de « difficile modification des critères de répartition des dotations régionales limitatives », la CNSA rappelle que cette période s'est caractérisée par une significative succession de travaux, malheureusement ralentie par une prestation

insatisfaisante : rédaction d'un cahier des charges publié en avril 2014 pour une étude des critères de répartition dans les deux champs (personnes âgées et personnes handicapées) ; simulation de l'impact de l'application de ces différents critères, travaux d'un prestataire de juin à décembre 2014, réorientation après la fin insatisfaisante de sa mission en décembre 2014 et, à partir de février 2015, analyse des modes de répartition de crédits mis en œuvre dans d'autres secteurs, revue de littérature, puis réunions d'un groupe de travail composé d'experts et d'administrations, choix du modèle des « dotations cibles relatives », identification et recueil auprès de divers organismes des indicateurs pertinents pour pondérer la population par les besoins, simulations des impacts, vote du Conseil en avril 2017. Le terme « hésitation » paraît donc sous-estimer l'importance du travail fourni afin de préparer et d'éclairer le choix final du mode et des critères de répartition.

La Cour recommande par ailleurs l'application de ces nouveaux critères de répartition de l'OGD au « stock ». La méthode d'indice de dotation retenue peut en effet techniquement s'appliquer au stock et c'est d'ailleurs un point fort souligné lors des travaux ayant abouti à ce choix. La décision de réviser la répartition de l'OGD entre régions, en appliquant cette méthode à « l'ensemble des dotations » comme le recommande la Cour, et non plus aux seules mesures nouvelles, relève cependant d'un arbitrage politique aux conséquences profondément restructurantes. Il faut relever que la première utilisation de ces critères en 2017 a d'ores et déjà eu un impact significatif. Une application au stock devrait nécessairement s'inscrire sur la longue durée compte tenu des implications concrètes, (fermeture d'établissements et services médico-sociaux, réductions de capacités...) qui seraient difficiles à assumer pour les régions relativement sur-dotées. Une telle évolution ne peut se concevoir qu'étroitement articulée avec le chantier en cours de transformation de l'offre médico-sociale.

Cette perspective est enfin conditionnée par la robustesse de l'évaluation des besoins collectifs, pour renforcer l'acceptabilité d'un processus qui, par définition, fera des « perdants ». L'apport du futur système d'information des MDPH sera en effet un élément important en permettant d'utiliser des données plus riches (les insuffisances actuelles pesant sur toute présentation de nouveaux critères de répartition). C'est pourquoi le chantier du SI des MDPH est une priorité de la secrétaire d'État aux personnes handicapées et de la COG de la CNSA. La caisse y investit des moyens humains et financiers importants afin d'engager le déploiement et de permettre de premiers usages en 2018.

En ce qui concerne les outils de connaissance des coûts, la CNSA a en effet engagé des travaux importants, parmi lesquels la Cour cite les enquêtes et les études de coûts. Il conviendrait de citer également les travaux conduits de longue date par la caisse à partir des données des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux (CA 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) : les systèmes d'information REBECA puis Import-CA ont permis le recueil de ces données, qui ont fait l'objet de plusieurs publications analysant le niveau et les déterminants des coûts des établissements et services, et fournissant des points de repère appréciés pour les agents en charge de l'allocation de ressources en ARS.

La Cour recommande enfin de réduire les disparités territoriales dans l'octroi des aides individuelles (APA et PCH).

Le législateur a confié à la CNSA, dès sa création en 2005, la mission de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation du handicap. Cette mission a été élargie par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement à l'équité de traitement de la compensation de perte d'autonomie des personnes âgées. Cette mission s'exerce toutefois comme l'a rappelé la Cour dans un contexte caractérisé par l'absence de réseau propre de la CNSA : elle est assurée auprès des départements et des MDPH, respectivement collectivités décentralisées et GIP sous leur tutelle.

La CNSA a d'abord cherché à objectiver ces disparités : une étude a ainsi été conduite pour analyser la réalité des pratiques en matière d'attribution de l'APA et de la PCH. Elle a mis en évidence l'importance des problématiques organisationnelles des services chargés d'accueillir les personnes, d'instruire les demandes, de procéder à l'évaluation des besoins et de préparer les décisions comme variables explicatives des disparités. De surcroît, la disparité de l'offre de services d'aide à domicile selon les territoires et l'exercice du libre choix par les personnes d'avoir recours ou non à un service prestataire rétroagit sur le montant moyen de la dépense par bénéficiaire.

Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'intervention de la CNSA s'est déployée sous deux modalités principales :

- une animation des professionnels par « spécialité » permettant un travail d'explication et d'échanges de pratiques dans le cadre de rencontres nationales, de groupes de travail ou de réunions interdépartementales ;*
- un outillage par la mise à disposition de guides techniques.*

Un référentiel de missions et de qualité de service des MDPH définissant un socle minimal d'exigence a été élaboré. Il est annexé à la convention pluriannuelle conclue entre la CNSA et chaque département.

L'objectivation des pratiques territoriales comme des effets de l'intervention de la CNSA demande du temps et des outils statistiques de mesure. À cet égard, la mise en œuvre du système d'information commun aux MDPH, évoqué plus haut, devrait d'une part permettre une meilleure connaissance des personnes et de leur parcours et, d'autre part, compte tenu du caractère très structurant de son tronc commun fonctionnel, avoir une incidence forte sur l'harmonisation des pratiques professionnelles.

En ce qui concerne les personnes âgées en perte de d'autonomie, l'élaboration d'un référentiel opposable d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes en 2016 et le lancement en 2017 d'un cycle de formation des professionnels des équipes médico-sociales des départements avec l'appui opérationnel du CNFPT constituent la première étape destinée à contribuer à l'harmonisation des pratiques d'évaluation. Afin d'assurer une pleine utilisation de ce référentiel, sa formalisation sous forme de spécifications est prévue pour son intégration par les éditeurs dans les systèmes d'information des départements.

En ce qui concerne plus spécifiquement la modification des critères de répartition pour l'attribution des concours en matière d'APA et de PCH, des pistes peuvent être étudiées pour mieux tenir compte de la contrainte de la dépense réelle, des particularités démographiques du territoire et de la capacité contributive de la collectivité. Les travaux confiés récemment par le Premier ministre à Alain Richard et Richard Bur auront à aborder la question de la péréquation.
