

11/01/2019

Concertation grand âge et autonomie

Contribution de l’ANDASS

Association Nationale des Directeurs d’Action Sociale et de Santé

La concertation nationale « grand âge et autonomie » en cours à cette date permet, à la différence de la précédente réforme en la matière, une large participation à la fois des citoyens et des référents et experts.

L’ANDASS qui a bien entendu répondu présente à l’invitation qui lui a été faite s’inscrit parfaitement dans une réflexion associant toutes les parties concernées.

Les collègues présents dans les ateliers ont pu toutefois relever une certaine prééminence des préoccupations médicales et des acteurs médicaux.

La préservation de l’autonomie et la compensation de sa perte ne sauraient faire prévaloir une approche médicale au détriment d’une approche sociale, dont les Départements, en charge de l’inclusion sociale et de l’accompagnement des publics fragiles sont un acteur majeur. Les compétences qu’ils mobilisent, au titre de leurs politiques obligatoires et facultatives ont été largement renforcées par l’animation de la conférence des financeurs depuis deux années. Il faut rappeler que ce sont les seuls acteurs qui peuvent à travers leurs services sociaux mailler entièrement le territoire pour assurer une réponse au plus près des publics concernés.

**Gouvernance**

S’il nous semble important de rappeler le rôle des départements il apparait vain de vouloir, à travers la concertation en cours, vouloir régler la question cruciale du partage de la gouvernance entre trois catégories d’acteurs majeurs, les ARS, garantes des objectifs sanitaires, les organismes de sécurité sociale, garantes du système de protection sociale, et les Départements, garants des projets politiques territoriaux et de l’actions sociale de proximité, en privilégiant un des trois.

Les inconvénients du morcèlement de la compétence sont certes connus et apparaissent clairement comme un obstacle à la construction de parcours fluides et facilités, tels qu’émergeant au centre des propositions des acteurs, que ce soit, par exemple, du fait de la double compétence sur les prestations à domicile, ou de l’effet contre-productif de la multiplicité des coordinations.

Pour autant, il ne semble pas possible à ce jour d’opérer, sinon à la marge, de transferts de compétences et chacune des trois catégories d’acteurs possède une légitimité et une spécificité qui justifient le maintien de leurs compétences. L’articulation entre ces dernières appelle de ce fait à concevoir un partenariat.

Ce partenariat peut prendre la forme de contrats territoriaux pour l’autonomie et intégrer trois niveaux de coopération : un premier niveau de reconnaissance mutuelle (reconnaissance mutuelle des girages ou appels à projets communs, par exemple, un deuxième niveau de délégation de compétences (Département/ARS pour la tarification par catégorie d’établissement ou de public), ou de gestion , et un troisième niveau de coopération intégrée sous forme de GIP (pour la gestion des actions de prévention , les coordinations.

Le degré plus ou moins fort de la coopération peut être encouragé financièrement à travers les financements CNSA.

Enfin, ces contrats territoriaux ont vocation à remplacer les contrats CNSA/départements dont le renouvellement doit être travaillé en 2019, en y intégrant les ARS et caisses de retraite. En effet, les objectifs et l’évaluation de leur atteinte n’ont de sens que s’ils sont portés par l’ensemble des acteurs de politiques intimement liées.

Le principe d’un contrat territorial peut tout à fait se décliner au niveau infra-départemental pour assurer la coordination des acteurs et le portage d’un certain nombre d’actions à une échelle locale, et dans un modèle de forte intégration, peut permettre d’associer la pluralité d’acteurs présents sur le territoires : département, ARS, hôpital, EPCI, et même –surtout ?- les usagers. Là également, le financement est modulé en fonction de l’intensité de l’intégration et l’important est que, quel que soit le nombre de structures partenaires et le degré d’intégration, la porte d’entrée soit unique pour l’usager et la complexité du montage transparente.

**La garantie de l’équité territoriale et le rôle de l’Etat**

De tels contrats sont parfaitement compatibles avec des cahiers des charges qui détermineraient des invariants de la coordination gérontologique, de même que les conventions CNSA/Départements ont déterminé les éléments principaux du fonctionnement de la conférence des financeurs (structuration que la 2ème génération de contrat pourrait améliorer)

L’ANDASS a bien conscience que la diversité des pratiques des départements est constamment dénoncée par les acteurs.

Au-delà du fait que des hétérogénéités au moins aussi importantes de la part des organismes sociaux (cf actions sociales des CAF) ou de l’Etat ne font pas nécessairement réagir, la capacité des Départements à porter des initiatives, à développer les territoires, est parfaitement compatible avec un minimum de cadrage national qui assure la cohérence et l’équité de traitement

On a ainsi cité :

* Un tarif minimum pour les SAAD
* Un dossier CERFA unique pour l’APA
* Un règlement national pour les obligés alimentaires
* Une liste unique des aides techniques pouvant être financées
* Un cahier des charges national des coordinations infra-territoriales

Ce cadrage de l’intervention des Départements est nécessairement couplé avec celui des acteurs :

* Référentiels qualités et indicateurs nationaux devant être respectés par les SSAD et établissements (ratio personnel, % charges de fonctionnement, etc…
* Obligation à minima de coopération par les acteurs de l’autonomie comme évoqué ci-dessus

Dans tous les cas, il faut poursuivre l’objectif de lisibilité et accessibilité de l’offre : portail d’information, simulateur de droits, dépôt de demandes en téléprocédures…

C’est dans ce domaine qu’au-delà de l’émission de normes, l’Etat, régulateur des inégalités au national, doit poursuivre et développer son intervention en matière d’appui aux collectivités, dont les moyens sont très hétérogènes selon leur taille. L’accompagnement des collectivités, par mise à disposition d’outils informatiques de gestion et de pilotage, de référentiels, études, etc…, est d’ailleurs la voie la plus rapide pour aboutir à une convergence des pratiques des Départements.

A cet égard, une attente forte est formulée à l’égard de la CNSA, qui peut développer l’évaluation (création d’un centre de preuves), mettre à disposition des départements des données pour le pilotage, des modèles de cahiers des charges,), labelliser des aides techniques, développer des systèmes d’information, mais aussi assurer la coordination au niveau national des acteurs comme proposé dans les contrats territoriaux et l’interface entre les acteurs nationaux et les acteurs territoriaux .

La relation des Départements avec la CNSA, qui depuis plusieurs années se développe dans un climat de confiance et de co-construction est à cet égard le laboratoire d’un partenariat renouvelé de l’Etat et des collectivités locales, qui peut inspirer d’autres volets de l’action publique. En effet, un tel partenariat assure à partir d’un socle commun la liberté d’agir des territoires qui leur permet de développer des initiatives innovantes et de mobiliser les acteurs locaux.

**La recherche de financements pérennes et équilibrés**

Le contexte national a fortement influencé les réflexions conduites par les acteurs qui ont tous intégré les marges de manœuvre très étroites pour assurer à la dépendance et sa prévention des ressources plus pérennes.

Au-delà de pistes relevant de choix nationaux : nouvelle journée de solidarité, fin du remboursement de la dette de la sécurité sociale, baisse de TVA sur les produits d’hygiène, alignement de la déduction fiscale des frais d’EHPAD sur ceux de l’emploi à domicile, qui présentent des intérêts certains, deux types de réponses intéressent plus particulièrement les départements : la rationalisation de la gestion et des ajustements techniques.

La rationalisation de la gestion et l’utilisation des systèmes d’information pour une gestion efficiente, transparente et efficace doit être poursuivie, et passe, comme indiqué plus haut, par un appui technique aux départements qui n’ont pu encore déployer de telles solutions (télégestion par exemple).

Les ajustements techniques portent sur les calculs de la participation des personnes et de leur famille au financement des aides. Outre l’uniformisation des règles de participation des obligés alimentaires, on peut soutenir l’idée d’un forfait dépendance fonctionnant comme une prestation de service unique, modulé en fonction des revenus, la plus grande mobilisation des patrimoines, un reste à charge minimum pour le domicile pour éviter une inflation infondée des demandes.

Ce travail doit être l’occasion de réinterroger les dispositifs dans le sens de leur simplification, fusion des sections tarifaires des établissements, par exemple.

L’ANDASS qui représente une très grande partie des gestionnaires de ces aides souhaite être étroitement associée, le plus en amont possible, aux réflexions et simulations de leurs modifications.

Enfin, il est essentiel, en même temps que de nouvelles pistes de financement sont explorées, de mobiliser au maximum les ressources existantes et de mettre fin aux reproches et soupçons à l’encontre des départements, de ne pas utiliser ou de détourner les moyens financiers mis à disposition depuis la loi ASV.

Il y a un paradoxe à déléguer aux départements les crédits nécessaires à l’amélioration de la prise en charge des personnes âgées tout en édictant des règles qui vont rendre leur utilisation particulièrement difficile, voire impossible.

Si on veut que les départements mobilisent effectivement les crédits mis à leur disposition, il faut impérativement assouplir les conditions dans lesquelles ils pourront le faire, à savoir, :

* Neutraliser les crédits transférés aux départements par l’Etat et les sortir des enveloppes contractualisées
* Décloisonner l’APA 1 et l’APA 2 en permettant l’utilisation de l’ensemble des crédits ‘en contre partie par exemple de la fixation d’un tarif minimum des SAAD ?)
* Prévoir une utilisation pluri-annuelle des crédits CFPPA, avec un contrôle d’utilisation à la fin du contrat territorial, par exemple ; les fusionner avec les crédits « du titre IV », aide aux aidants
* Autoriser le financement d’aides techniques sur cette enveloppe, même en dehors des plans d’aide saturés, à partir par exemple d’une liste, qui répertorierait les aides directement liées à la prévention de la dépendance et non à leur compensation

**L’appui aux acteurs et l’évolution des réponses**

Il semble que les ateliers aient relativement peu évoqué les EHPAD alors même que le mouvement dans les EHPAD en début 2018 a joué un rôle important dans l’organisation de la réflexion nationale.

L’affirmation de la priorité du maintien à domicile ne peut être une réponse à la problématique de la dépendance et ne peut que contribuer à renforcer la forme d’ostracisme qui s’est développée à l’égard des EHPAD.

Il ne faut pas opposer EHPAD et maintien à domicile mais rapprocher ces deux univers et œuvrer pour un service unifié, regroupant l’ensemble des réponses d’accompagnement des personnes âgées, y compris le soin et assurant à la fois la continuité des parcours de vie des personnes et de nouvelles perspectives pour les professionnels, mettant fin au travail parcellaire, isolé

Un rapprochement des acteurs du maintien à domicile et de l’hébergement doit permettre de compléter l’offre de service et son attractivité auprès des personnes et des aidants, pour l’offre de répit notamment, qui peut être adaptée, et modulée, personnalisée : l’intervenant à domicile peut ainsi par exemple accompagner la personne aidée à l’accueil de jour, de nuit…

En sus de ce décloisonnement les métiers du domicile et celui des EHPAD (qu’il faut traduire par celui des opérateurs de formation, en veillant à l’unicité d’un opérateur de compétence unique pour l’ensemble du champ médical, médico-social et social) il y a un vrai enjeu à décloisonner les interventions auprès des personnes, développer la polyvalence des intervenants, investir la domotique pour alléger la pénibilité des tâches, regrouper les acteurs sur un même territoire et organiser des parcours professionnels.

Cela contribuera à la revalorisation de ces métiers, qu’il faut poursuivre par des campagnes de sensibilisation, en encouragement notamment l’investissement des hommes dans ces métiers pour en changer l’image.

Il faut également en développer l’attractivité en expérimentant de nouveaux modèles responsabilisants, porteurs de sens, pour les intervenants, sur les modèles (à évaluer) de Carpe Diem (habitat regroupé) ou d’entreprise libérée (modèle Buurtzorg)

Enfin, il est essentiel de poursuivre les travaux engagés auprès des fédérations et des unions pour renforcer les compétences des responsables, déterminer des indicateurs de gestion appropriés à reprendre dans les conventions nationales et à décliner au niveau local dans le cadre des CPOM.

C’est également au niveau local que peut se développer la mobilisation des bénévoles, par la constitution et la structuration des réseaux, l’important étant de définir l’articulation de leurs interventions avec celle des aidants familiaux et professionnels.

 -------------------------------------------------------

**Les contrats territoriaux pour l’autonomie**

**des personnes âgées et en situation de handicap :**

**un outil au service d’une politique partenariale**

Dans le cadre de la mission grand âge et autonomie, de la conférence nationale du handicap et de la révision des contrats pluriannuels CNSA/départements, des réflexions sont en cours qui convergent sur plusieurs points :

* une interrogation sur l’articulation entre les différentes autorités publiques compétentes dans le domaine de l’autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : caisses de sécurité sociale, agences régionales de santé, départements ;
* une interrogation sur l’articulation entre décentralisation des compétences et équité de traitement des usagers sur tout le territoire.

Afin de répondre à ces deux interrogations, cette note rappelle en quoi le partage de compétences entre plusieurs acteurs est difficilement évitable mais un partenariat beaucoup entre eux nécessaire (1). Elle fait ensuite le point sur les disparités entre départements, tentant de distinguer ce qui relève de la gestion, des différences de public, de la non application par tous de certaines règles et de choix politiques en faveur de l’amélioration du service rendu (2). Elle propose enfin l’élaboration partenariale de « contrats territoriaux pour l’autonomie » entre les autorités compétentes (CNSA, assurance retraite, ARS, MDPH, département) comme solution, d’une part, à l’enjeu de la gouvernance de la compétence par le développement de conventions de reconnaissance, de conventions de coopération et de mutualisations d’équipes dans un GIP et, d’autre part, à l’enjeu d’équité sur le territoire par la fixation d’objectifs partagés (3).

1. **Si la compétence autonomie des personnes âgées a besoin de continuer à être exercée par les ARS, caisses de retraite et départements, un partenariat beaucoup plus étroit entre ceux-ci est nécessaire**

*11. Le morcèlement actuel de la compétence autonomie est fortement dommageable à sa lisibilité et à son efficience :*

- articulation complexe entre établissements à compétence unique ARS (handicap enfants, ESAT, MAS), à compétence unique départements (FH, FV pour le handicap ; résidences autonomie pour les personnes âgées) ou à compétence double (FAM, EHPAD)

- double tutelle des établissements cofinancés entre ARS et département, avec une section soins ARS et des sections dépendance / hébergement départements

- double tutelle pour les organismes d’aide et de soins à domicile : ARS pour les SSIAD et département pour les SAAD

- éclatement des dispositifs d’appui à la coordination des parcours entre la coordination gérontologique des départements (CLIC) et la coordination impulsée par les ARS (MAIA, PAERPA, PTA, etc.)

- double compétence pour les prestations d’aide à domicile en fonction du GIR et des revenus : pour les GIR 5-6, aide sociale des caisses de retraite et aide sociale légale à domicile des départements pour les personnes à bas revenu ; pour les GIR 1-4, APA

- multiplicité persistante des actions et des appels à projets de prévention malgré le progrès représenté par la conférence des financeurs de prévention de la perte d’autonomie

- concurrence dans le recouvrement des créances d’aide sociale départementale ou nationale (ASPA)

*12. Un grand nombre de logiques différentes sont à articuler afin de parvenir à un exercice pertinent de la compétence*

**- cohérence entre évaluation et financement :** maintenir une cohérence organisationnelle entre les équipes en charge d’évaluer et de payer les droits facilite la cohérence d’une politique d’ensemble. A l’inverse, un évaluateur sous la tutelle exclusive du payeur peut s’écarter des règles pour des considérations budgétaires ; un évaluateur totalement indépendant du payeur peut mettre le second en difficulté. Les équipes médico-sociales pour l’APA et les équipes pluridisciplinaires des MDPH évaluent des droits qui impactent financièrement les budgets des départements (APA, PCH, aide sociale en établissement), des caisses de sécurité sociale avec financement de l’Etat (AAH, AEEH) mais aussi de l’Etat (avantages fiscaux notamment la demi-part fiscale invalidité).

**- cohérence entre maintien à domicile et séjour en établissement :** la fluidité des parcours et le développement des formes intermédiaires entre le maintien à domicile et l’établissement (habitat inclusif, résidences autonomie) sont des objectifs actuels importants. A l’inverse, une séparation organisationnelle entre maintien à domicile et séjour en établissement porte le risque de ruptures de parcours et d’absence d’incitation à développer des formes intermédiaires.

**- cohérence entre compensation du handicap et compensation de la perte d’autonomie**: le système français a fait le choix de maintenir une compensation différente selon l’origine du handicap/perte d’autonomie, principalement selon un critère d’âge. Toutefois, l’objectif de cohérence, inscrit dans la loi de 2005, reste important et ne peut être réellement poursuivi que si les organisations le permettent.

**- cohérence entre prévention et compensation**: un organisme en charge de la compensation est incité à réaliser des actions de prévention en amont pour retarder ou limiter l’entrée dans le besoin de compensation. Il est donc logique que ces deux champs soient exercés en cohérence.

**- cohérence entre le social et le sanitaire** : la prise en charge de l’autonomie comporte aussi bien une forte dimension médicale qu’une forte dimension sociale.

**- cohérence entre national et local**: les actions doivent tendre aussi bien vers l’équité de traitement sur le territoire national que vers la déclinaison d’un projet de territoire local adapté à ses spécificités.

*13. ARS, caisses de retraite et départements ont chacun une légitimité et une spécificité qui justifient de préserver leurs compétences tout en renforçant leurs partenariats*

Les ARS sont garantes des objectifs sanitaires, les départements de projets politiques territoriaux et de la compétence sociale, les caisses de sécurité sociale du système de protection sociale. L’articulation entre les logiques diverses énumérées précédemment s’accommoderait mal d’une compétence unique. Elle nécessite plutôt de concevoir des modes de faire partenariaux.

1. **Dans le constat et les recommandations à formuler sur les disparités entre départements, il faut distinguer ce qui relève de différences de gestion administrative, de publics, d’applications de la réglementation et de choix politiques locaux**

*21. Certaines disparités entre départements relèvent de capacités de gestion ou de choix d’organisation divers qui gagneraient à être harmonisées*

Il peut s’agir par exemple :

* des délais de traitement sont variés entre MDPH ou entre département pour l’APA ;
* des règles de gestion comblant le flou de la réglementation sur l’aide sociale légale :
	+ en matière d’obligation alimentaire : barème, application jusqu’aux enfants ou petits enfants ;
	+ en matière de facturation par les établissements : facture brute ou facture nette différentielle ; prise en compte des absences de l’établissement ;
	+ en matière d’éligibilité à l’aide : prise en compte du patrimoine ou non ;
* de la dématérialisation et l’automatisation des procédures ;
* des modalités d’information et de transparence sur l’offre de service public.

Il convient de soutenir les départements et MDPH pour harmoniser leurs résultats de gestion, notamment par l’amélioration des systèmes d’information.

*22. Certaines disparités entre départements relèvent de différences de publics ou de différences de pratiques mal documentées ou expliquées :*

Il peut s’agir par exemple

* du nombre de demandes déposées au titre de l’APA et de la PCH ;
* du taux d’accord sur les demandes APA et PCH ;
* des proportions de personnes par GIR en APA à domicile ;
* de la répartition statistique du nombre d’heures d’aide humaine dans les plans, de la proportion de plans d’aide APA évalués au niveau du plafond légal, de la proportion de plans personnalisés de compensation de PCH « déplafonnés » (supérieurs à 6h05 par jour) ;
* de la répartition des plans d’aide humaine à domicile par type d’intervenant (gré à gré, mandataire, prestataire + aidant familial pour la PCH) ;
* concernant la PCH aide humaine à domicile adulte, de la proportion de forfaits cécité et surdité ;
* concernant la PCH, de la proportion respective des adultes et des enfants.

Le constat de ces différences donne régulièrement l’occasion de soupçons sur leur caractère intentionnel et organisé par certains départements, notamment à des fins de rationnement de la dépense. Par exemple, le Haut Conseil de la Famille, de l’Enfance et de l’Age (HCFEA) analyse dans une note récente la dispersion statistique de différentes variables relatives à la PCH pour en conclure immédiatement qu’il s’agit de pratiques intentionnelles des MDPH motivées par des considérations financières[[1]](#footnote-1). Pourtant, les écarts entre départements quant au nombre de demandes déposées, qui ne sont guère suspects d’être « organisés » par les départements, sont considérables et montrent la réalité des différences de publics entre départements. De plus, les différences de pratiques locales entre équipes sont une réalité constatée également dans les administrations nationales déconcentrées sans qu’elle soit nécessairement reliée à un caractère intentionnel. Certaines variables sur lesquelles des écarts importants sont observés ne sont pas corrélées avec la dépense moyenne : par exemple, le pourcentage de plans avec un aidant familial moyen par département et le pourcentage de plans avec un forfait cécité – surdité ont un coefficient de corrélation très faible (respectivement -0,14 et -0,07) avec le nombre moyen d’heures dans les plans de compensation[[2]](#footnote-2). Les variables les mieux corrélées sont le montant moyen et le nombre d’heures d’aide humaine moyen (0,49) et dans une moindre mesure les facteurs de taille du département (population totale, population de 20 à 59 ans, nombre absolu de bénéficiaires PCH+ACTP, avec des coefficients de corrélation autour de 0,25) qui sont à rapprocher d’une sociologie urbaine. Il serait donc absurde de fixer des standards sur ces variables et il est en revanche pertinent de les suivre, de les analyser et de s’assurer du respect des points de réglementation associés.

*23. Certaines disparités relèvent de l’application inégale de la réglementation selon le département*

Il peut s’agir par exemple

* de l’existence d’une APA en urgence et d’une PCH en urgence
* de la révision des plans d’aide suite à la loi d’adaptation de la société au vieillissement et rde la révision périodique
* des heures de surveillance dans les plans de PCH, notamment pour les personnes avec handicap psychique, cognitif ou mental
* de l’information sur le libre choix du mode d’intervention et de l’intervenant
* de l’information sur le droit d’option entre complément d’AEEH et PCH enfant
* de l’application du mode prestataire sauf choix contraire pour les GIR 1 et 2 dans l’APA à domicile.

Un travail est à réaliser pour faire respecter l’uniforme application de la réglementation ou la faire préciser lorsqu’elle est floue ou pose problème.

*24. Certaines disparités entre départements relèvent de choix politiques locaux dans le cadre de la libre administration et le respect de la légalité :*

Il peut s’agir par exemple :

* des tarifs applicables pour les heures des services prestataires APA et PCH ou pour la prise en charge des aides techniques sont en grande partie librement fixés par les départements, qui sont donc plus ou moins généreux ;
* des financements extralégaux et dispositifs annexes en place dans un grand nombre de départements permettent d’améliorer la qualité du service rendu : par exemple les modalités de prise en compte des besoins d’aménagement du logement dans ou hors des plans d’aide, le type d’aides techniques acceptées, les réductions de restes à charge au-delà du barème légal APA, les marchés publics de téléassistance, les financements de centres d’accueil de jour.

Ces choix politiques locaux ont permis des améliorations considérables des systèmes de prise en charge du handicap et de la perte d’autonomie depuis leur décentralisation dans les années 2000. Ils font toutefois aussi apparaître des disparités d’un département à l’autre, qui ne peuvent être corrigés sans coût financier global.

1. **L’élaboration partenariale de « contrats territoriaux pour l’autonomie » vise à répondre aux enjeux de cohérence de l’exercice des compétences et d’équité sur le territoire**

La CNSA dispose de la légitimité et des instruments nécessaires à l’organisation d’une politique de mise en cohérence et d’équité dans l’exercice des compétences d’autonomie. La nouvelle génération des contrats CNSA département qui doit être négociée en 2019 peut devenir le support de cette politique mais gagnerait pour cela à être élargie aux ARS et aux caisses de retraite. Ces contrats pourraient avoir le double objectif d’encourager des partenariats locaux entre les différentes autorités en charge de la compétence (31) et de réduire les disparités entre départements (32).

*31. Encourager des partenariats locaux entre acteurs de la compétence*

Trois types d’instruments permettent de coopérer entre entités publiques pour un exercice conjoint de la compétence autonomie, du plus intégré au plus léger : le groupement d’intérêt public maison de l’autonomie ; la convention de coopération, mutualisation et délégation de compétences ; la convention de reconnaissance mutuelle et d’échange d’informations.

* **Maisons de l’autonomie et groupements d’intérêt public** :

Conformément à différents textes de droit national, des personnes morales dont au moins une de droit public peuvent constituer une personne morale ayant le statut de groupement d’intérêt public pour exercer une activité d’intérêt général. En poursuivant les impulsions données par la loi d’adaptation de la société au vieillissement, les GIP MDPH pourraient être élargis pour donner une personnalité morale aux maisons de l’autonomie et aux conférences des financeurs de prévention de la perte d’autonomie. Les partenaires en définiraient librement, autour du socle MDPH, les contours élargis pour l’exercice de compétences des caisses de retraite, des ARS et des départements au sein d’une administration unique. Les instances de pilotage du GIP permettraient d’associer les différentes tutelles des caisses de retraite, des ARS et des départements. La personnalité morale séparée du département permettrait que seule la subvention du département au GIP apparaisse à son budget et impacte la contractualisation financière avec l’Etat, plutôt que l’intégralité des dépenses mêmes financées par la CNSA comme c’est le cas actuellement pour la conférence des financeurs.

* **Délégation de compétence par coopération public-public** :

Conformément aux règles jurisprudentielles établies par l’arrêt Commission contre RFA (CJCE, 9 juin 2009), des personnes publiques peuvent, dans un but d’intérêt public et sans aboutir à privilégier un opérateur économique tiers, conventionner sans publicité et sans mise en concurrence pour définir les modalités de coopération permettant d’assurer conjointement l’exécution d’une mission de service public qu’elles doivent effectuer. C’est le régime dit de la « coopération public-public ». Dans ce cadre, il est envisageable que des administrations publiques relevant d’agences régionales de santé, de caisses de retraite et de conseils départementaux se délèguent l’exercice de certaines compétences et définissent pour cela les contreparties adéquates. Cette forme souple de coopération permet de mutualiser des services exerçant des compétences proches, par exemple en matière de tutelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sans avoir à en passer par le transfert à une tierce personne morale comme un GIP.

* **Reconnaissance mutuelle, échange d’informations et coopération spontanée**

Sans intégrer leurs équipes dans un GIP ni même se déléguer des compétences par une convention de coopération public-public, des personnes publiques peuvent convenir de modalités d’action similaires, convergentes ou compatibles. En matière de systèmes d’information, les besoins de passerelles et de partage d’information entre autorités compétentes sont particulièrement forts.

Au final, on peut établir le tableau suivant, dressant un panorama des niveaux de coopération possibles entre les autorités compétentes pour chaque champ d’intervention.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Champ de compétence** | **Niveau 1 :****Reco. mutuelle** | **Niveau 2 :** **Délég° de compétence** | **Niveau 3 :** **Intégration GIP** |
| Prévention de la perte d’autonomie, aide aux aidants et programmes de subventions de projets | Appels à projet communs : même cahier des charges, même dossier, même calendrier | Délégation d’enveloppe à un « chef de file » ou répartition des dossiers par thématique | Portage par le GIP et équipe commune GIP avec agents caisses de retraite, ARS, département |
| Dispositifs d’appui à la coordination des parcours médico-sociaux, évaluation médico-sociale des situations | Reconnaissance mutuelle des évaluations entre CARSAT, département et CLICSI commun de partage d’infos autour des situations |  | Fusion dispositifs d’appui à la coordination + équipe d’éval° CARSAT + EMS-APA + EP MDPH au sein d’équipes locales MDA |
| Autorisation, qualité, contrôle, inspection et financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux | Programmation conjointe des inspections, des négociations de CPOMSI communs, partage d’indicateurs | Délégations entre ARS et département ; répartition par public (PA/PH) ou par types (établissements / services) | Equipe commune de tutelle avec agents ARS et département portée par le GIP |
| Instruction admin., paiement et récupération sur succession des prestations légales et extralégales à domicile et en établissement | Partage d’informations, passerelles SI CARSAT et département : RNCPS, SNGI, DGFIP | Délégations de gestion entre CARSAT et département | Equipe commune CARSAT – département portée par le GIP |

Dans le cadre de contrats, la CNSA pourrait encourager et inciter financièrement à l’approfondissement de la coopération.

*32. Mieux connaître les causes des disparités et encourager l’harmonisation des pratiques*

Concernant la réduction des disparités de gestion, des standards nationaux pourraient être fixés :

* Sur les délais de traitement, des indicateurs comme le délai médian mais aussi le pourcentage de dossiers traités au-delà du délai légal (2 mois pour l’APA et 4 mois pour la PCH) pourraient être mis en ligne par la CNSA. Une discussion avec les départements dans le cadre du contrat pourrait porter sur les causes des éventuelles difficultés et l’amélioration. Des améliorations des moyens financiers pour la gestion et des gains de productivité peuvent permettre d’améliorer les délais des MDPH et des départements.
* Sur les systèmes d’information, la fixation de standards pourrait prendre la forme d’un projet de système d’information commun de l’autonomie, extension du système d’information commun des MDPH. Il pourrait comprendre :
	+ la mise en place de téléservices de demande en ligne, via le portail national pour-les-personnes-agees.gouv.fr avec des pages personnalisées portant le logo du département et via un portail individuel du département ;
	+ la mise en place d’interfaces standards avec les fournisseurs nationaux de données utiles : DGFIP, SNGI et RNCPS ;
* Sur les façons diverses de gérer l’aide sociale légale en l’absence de précision par les textes (extension aux petits enfants et montant de l’obligation alimentaire, facturation brute ou nette des établissements, prise en compte du patrimoine dans l’éligibilité, etc.), il peut y avoir lieu de rendre les textes plus précis pour fixer des règles nationales communes, après concertation avec les départements et les établissements.

Concernant les disparités de public ou de pratiques mal documentées, il pourrait s’agir d’améliorer les connaissances en la matière. Le contrat pourrait partir d’un état des lieux comparatif standard sur la base d’une liste d’indicateurs, faisant ressortir la situation du département par rapport à la médiane et aux quartiles des départements. Le département devrait ensuite proposer une analyse de cette situation et le cas échéant des actions en découlant.

Concernant les disparités dans l’application de la réglementation, la CNSA pourrait interroger chaque département sur ses modalités d’application d’une liste de dispositions puis convenir avec lui d’évolutions éventuelles.

Concernant les choix politiques locaux, ils méritent d’être valorisés et mis en avant dans le contrat lorsqu’ils sont positifs pour le service rendu.

**Annexe : PCH : recherche de coefficients de corrélation sur les disparités entre départements**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Source** | **Coeff corrél avec montant moyen** | **Coeff corrél avec nb heures** |
| **Montant moyen** | DREES | 100% | 49% |
| **Nombre moyen d'heures attribuées en 2016** | DREES | 49% | 100% |
| **% PCH enfants (0 à 19 ans)** | DREES | 8% | 21% |
| **% en forfait cécité et surdité**  | DREES | 3% | -7% |
| **Nombre de personnes payées aide humaine décembre 2016** | DREES | 25% | 25% |
| **Montant versé aide humaine décembre 2016** | DREES | 48% | 30% |
| **Pop 20-59 ans** | STATISS | 39% | 25% |
| **Pop totale** | STATISS | 38% | 25% |
| **Proportion pop 20-59 ans dans pop totale** | STATISS | 27% | 21% |
| **Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2014** | STATISS | 33% | 27% |
| **Nombre d'allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale** | STATISS | -20% | 0% |
| **Nombre de bénéficiaires PCH + ACTP** | DREES | 23% | 25% |
| **% en aidant familial** | DREES | -39% | -14% |
| **Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés** | STATISS | -2% | -11% |
| **Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés** | STATISS | 0% | 1% |
| **Taux d'équipement en places dans les foyers de vie** | STATISS | -24% | -13% |
| **Taux d'équipement total places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans 31/12/2015** | STATISS | 4% | -10% |
| **Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans** | STATISS | 1% | -13% |

1. <http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Contribution_note_1_analyse_5eme_risque_VF.pdf>

Les départements sont qualifiés de « moins généreux » ou de « plus généreux » sur la base du montant moyen d’aide humaine, sans même tenir compte de la proportion de demandeurs et de bénéficiaires par rapport à la population. Il est affirmé que « des départements sont plus enclins à financer de l’aide familiale, quand d’autres sont plus enclins à financer de l’aide professionnelle » sans examiner l’hypothèse de sociologie familiale différente, par exemple entre le milieu urbain et rural ou entre le nord et le sud de la France. [↑](#footnote-ref-1)
2. Voir tableau en annexe de recherche de corrélations. Il aurait été intéressant d’indiquer également les statistiques sur les nombres de demandes et les taux d’accord, mais elles ne sont pas disponibles publiquement. [↑](#footnote-ref-2)