

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

### Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Jeudi

15 mai 2014

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 14

SESSION ORDINAIRE 2013-2014

**Présidence de  
M. Pierre Morange,  
coprésident,  
puis de  
Mme Martine Carrillon-  
Couvreur,  
rapporteure**

- Auditions, ouvertes à la presse, sur « la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) » (*Mme Martine Carrillon-Couvreur, rapporteure*) :
- Audition de M. Jérôme Guedj, président du conseil général de l'Essonne, représentant de l'Assemblée des départements de France (ADF), et de M. Jean-Pierre Hardy, directeur délégué de l'ADF..... 2
- Audition de représentants des services de conseils généraux : M. Jean-Luc Faucher, directeur du pôle personnes âgées-personnes handicapées au conseil général de la Haute-Vienne, et M. Bruno Chèze, directeur de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Nièvre ..... 9



**COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**  
**MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE**  
**DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**Jeudi 15 mai 2014**

*La séance est ouverte à neuf heures quarante.*

*(Présidence de M. Pierre Morange, coprésident de la mission,  
puis de Mme Martine Carrillon-Couvreur, rapporteure)*

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède d'abord à l'audition, ouverte à la presse, de M. Jérôme Guedj, président du conseil général de l'Essonne, représentant de l'Assemblée des départements de France (ADF), et M. Jean-Pierre Hardy, directeur délégué de l'ADF.*

**M. le coprésident Pierre Morange.** Messieurs, nous sommes heureux que vous nous fassiez part de vos réflexions concernant la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et leur adéquation avec le futur projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Toute polémique mise à part, il semble particulièrement intéressant que le représentant de l'Assemblée des départements de France se prononce sur le périmètre des compétences médico-sociales d'une collectivité locale dont l'avenir fait actuellement l'objet d'hypothèses diverses.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur, rapporteure.** Votre témoignage nous est en effet d'autant plus précieux que plusieurs annonces récentes laissent présager une évolution prochaine de l'organisation territoriale de notre pays.

**M. Jérôme Guedj, président du conseil général de l'Essonne, représentant de l'Assemblée des départements de France (ADF).** La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, instance *ad hoc* née des conséquences dramatiques de la canicule du mois d'août 2003, fêtera bientôt ses dix ans. Au regard des trois grandes missions dont elle est chargée, il est indéniable qu'elle a atteint ses objectifs.

Elle joue d'abord un rôle de caisse. C'est ensuite une agence technique d'appui aux politiques publiques médico-sociales à destination des personnes âgées et handicapées. Son rôle est donc essentiel dans une décennie qui connaît en la matière de nombreuses évolutions législatives et réglementaires. La CSNA assure enfin une fonction de conseil et permet d'inventer la « démocratie médico-sociale » dans un lieu rare de débats et d'échanges où se retrouvent l'État, les conseils généraux, les organisations syndicales, les grandes associations concernées, et même les organismes de sécurité sociale et de retraite. En la matière, elle a largement inspiré de nouveaux modèles de gouvernance locale, comme les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), dont la création est prévue par l'avant-projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Le CDCA assurera les fonctions actuelles du comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), en s'inspirant de la commission exécutive (COMEX) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Aujourd'hui, même si la CNSA n'a pas encore atteint sa maturité, et s'il lui reste encore du chemin à parcourir, la pertinence de son modèle n'est plus remise en cause.

Pourtant, avant qu'elle ne fasse l'objet d'un tel consensus, plusieurs autres pistes avaient été proposées.

Certains imaginaient qu'une caisse de sécurité sociale à gestion paritaire devait prendre en charge le cinquième risque. D'autres, considérant le volume considérable des crédits en provenance de l'assurance maladie – ils s'élèvent encore à plus de 17 milliards d'euros –, estimaient que les missions aujourd'hui dévolues à la CNSA devaient être confiées à la Caisse nationale d'assurance maladie. Enfin, plusieurs voix considéraient que la politique du vieillissement constituait un élément de la politique familiale et qu'elle devait être rattachée à la Caisse nationale des allocations familiales. Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, a d'ailleurs très récemment indiqué que la future loi relative au vieillissement constituait un élément de la politique familiale, mais sans doute ne cherchait-elle qu'à affirmer la cohérence du secteur dont elle a la charge.

Monsieur le président, madame la rapporteure, vous avez souligné ce que la période avait de particulier. Quel que soit l'avenir réservé aux conseils départementaux, la question de la territorialisation des politiques médico-sociales se posera inéluctablement. Le bon niveau de proximité reste sans doute à définir, mais il est paradoxal de constater que l'avant-projet de loi présenté au Conseil économique, social et environnemental (CESE) amplifie le rôle du conseil général comme chef de file des politiques sociales à destination des personnes âgées, et le place au centre des enjeux des adaptations de la société au vieillissement. Les instances nouvelles, comme la « conférence départementale des financeurs » sur la prévention de la perte d'autonomie, ont ainsi pour pilier le conseil général.

Depuis dix ou quinze ans, force est d'ailleurs de constater que le schéma départemental à destination des personnes âgées a pris une place plus grande et qu'il a considérablement gagné en qualité. De véritables politiques publiques locales sont menées en faveur de cette population, pour lesquelles les départements sont à la manœuvre. Parce qu'ils sont les mieux à même de faire dialoguer tous les acteurs – collectivités locales, associations... – avec lesquels ils entretiennent des rapports étroits, ils ont développé en la matière de réelles capacités d'ingénierie politique et sociale. Acteurs du développement social, ils ont vu leurs compétences progressivement confortées par la loi. D'expérience, je puis vous dire qu'un schéma départemental pour les personnes âgées rédigé aujourd'hui n'a rien à voir avec le document que nous présentions en 1999.

Les conseils généraux conserveront-ils demain le rôle éminent qui est aujourd'hui le leur ? Qui exercerait leurs prérogatives si elles leur étaient retirées ? La vente se fera-t-elle par appartements ? Pour ma part, avant d'être opéré, je préfère savoir quelle chirurgie va être pratiquée, et, surtout, connaître les compétences de l'anesthésiste. (*Sourires.*)

**M. le coprésident Pierre Morange.** Dans le rapport qu'elle nous a remis, la Cour des comptes a souligné l'inadaptation actuelle des systèmes d'information utilisés par la CSNA. Comment l'offre peut-elle s'adapter à la demande si l'information n'est pas correctement collectée ?

La Cour a également relevé une grande dispersion des coûts, ce qui est sans doute le signe d'une mauvaise répartition de l'offre.

Une approche territorialisée en matière médico-sociale ne pourrait-elle pas être envisagée pour répondre à ces deux problèmes soulevés par la Cour ?

**Mme la rapporteure.** Si la compétence de la CNSA est unanimement reconnue, l'insuffisance des connaissances de la réalité des territoires demeure l'une des faiblesses de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Comment favoriser une approche plus concrète ?

**M. Jérôme Guedj.** Les deux sujets évoqués par le président Morange concernent l'action de la CNSA pour accompagner des politiques décentralisées.

À titre personnel, si je suis attaché à la décentralisation et au principe de subsidiarité, je ne serais pas choqué, loin de là, que l'adaptation locale de politiques qui relèvent pour une grande part de la solidarité nationale respecte un cadre plus ou moins contraint qui comporterait des référentiels, ou même des valeurs « planchers » et « plafonds » constituant une sorte de « serpent social ». En un mot, je suis favorable à davantage d'encadrement, ce qui favoriserait par ailleurs un minimum d'égalité de traitement entre les territoires. Il est clair qu'en la matière la CNSA a un rôle à jouer. Disons que je suis un décentralisateur à tendance jacobine !

Les choix opérés lors de la mise en place des systèmes d'information des MDPH ont abouti à une situation particulièrement caricaturale. Après que la plus grande latitude a été laissée à chaque structure, les compteurs doivent aujourd'hui être remis à zéro pour permettre d'élaborer un système mutualisé uniforme. Il semble toutefois que cela exige un délai de cinq à dix ans. Il est vraiment regrettable que tant de temps ait été perdu.

Le besoin de cadres se fait sentir dans d'autres domaines. Les schémas départementaux des personnes âgées sont par exemple très différents d'un conseil général à l'autre. La loi ne définit en effet ni le contenu du schéma ni les indicateurs utilisés. Cela rend particulièrement difficile toute comparaison ou agrégation. Dans son rôle d'agence technique, la CNSA pourrait fort bien en fournir le canevas.

Le directeur de la CNSA, M. Luc Allaire, n'hésite pas à utiliser le mot « inexistants » pour qualifier les systèmes d'information de la Caisse qui, selon ses propres termes, se réduisent à l'utilisation d'Excel. Cette situation n'est en aucun cas adaptée aux sommes brassées. Elle suscite de plus la perte d'un nombre considérable d'informations et ne permet pas d'opérer un suivi fin. Même si certains efforts sont consentis en matière de suivi de l'orientation, la politique du « doigt mouillé » prévaut quand il s'agit d'estimer les besoins, notamment pour les personnes handicapées. Le citoyen ne peut pas comprendre qu'un président de conseil général se trouve dans l'incapacité de dire combien d'orientations ont été effectuées par la MDPH et sur quel type de handicap.

**M. le coprésident Pierre Morange.** En la matière, à votre connaissance, certains départements ont-ils mené des expérimentations qui pourraient servir de modèle ?

**M. Jérôme Guedj.** Toutes les COMEX se sont évidemment saisies du problème, en travaillant avec leur conseil général. Le Finistère est engagé dans un effort particulier.

La question de la dispersion des coûts me paraît particulièrement pertinente. La CNSA peut faciliter les comparaisons à l'intérieur d'un même département, et entre les départements : il lui revient d'établir des référentiels communs.

**M. le coprésident Pierre Morange.** Qu'en est-il des expérimentations dans ce domaine ?

**M. Jérôme Guedj.** Des études sont menées sur la structure des coûts en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit de travaux méthodologiquement complexes. En la matière, le rapprochement de la CNSA et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est pertinent.

Pour ma part, j'estime que la CNSA devrait s'impliquer encore davantage dans l'animation du réseau des directeurs de MDPH. J'ai pleinement conscience que nous parlons de politiques coproduites.

La réflexion sur l'optimisation de l'usage de l'argent public ne peut faire l'économie de la question du millefeuille administratif. La question se pose lorsque la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) se décharge d'une partie de ses coûts de fonctionnement sur la CNSA. À l'échelon régional, le problème existe entre les agences régionales de santé (ARS) et leurs délégations territoriales.

**Mme la rapporteure.** Pour en venir aux sujets budgétaires, qu'en est-il aujourd'hui de la sanctuarisation des crédits ?

La Cour des comptes a relevé le caractère sommaire et le manque d'approche territoriale des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Comment améliorer le contenu de ces programmes afin d'effectuer des comparaisons sérieuses ?

Quelles évolutions législatives seraient selon vous à même de renforcer la CNSA dans ses divers rôles ?

Il semble que la sous-consommation des crédits ait tendance à régresser. Pouvez-vous nous en dire plus ?

**M. Jérôme Guedj.** Les améliorations qu'il serait utile d'apporter ne sont pas de nature législative mais plutôt d'ordre réglementaire. Elles relèvent aussi de choix internes à la CNSA et à ses tutelles concernant l'affectation des produits.

La contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées, à la suite de la canicule de l'été 2003.

Actuellement, 26 % de son produit contribue au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), soit le taux plancher prévu par la loi. L'ADF demande que ce taux atteigne son « plafond », soit 30 %, comme cela avait été le cas entre 2005 et 2007. Cette évolution permettrait de dégager quatre points de CSA, soit 100 millions d'euros, qui seraient affectés à la compensation des dépenses de PCH, dont le taux de couverture par l'État n'est aujourd'hui que de 36 % – les 64 % restant étant financés par les départements. Je souligne au passage le caractère dynamique de la PCH dans les budgets des départements : elle progresse annuellement de 8 à 9 %.

Environ 20 % du produit de la CSA participent au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Par ailleurs, 54 % des sommes rapportées s'ajoutent à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées pour permettre aux ARS de financer, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) de la CNSA, des dépenses relevant de l'assurance maladie.

Enfin, 1 % de la CSA finance des plans d'aide à l'investissement (PAI). L'aide à l'investissement par la CNSA et la gestion sur le terrain par les ARS sont déterminantes pour la création d'établissements dans le secteur du handicap et la rénovation des EHPAD. À défaut de PAI, aucune rénovation ne pourrait être effectuée sans une augmentation drastique des prix journaliers. L'enjeu de l'accessibilité financière devient pourtant majeur, à telle enseigne que l'Essonne a fait le choix d'un service public départemental de maisons de retraite afin de contenir les prix.

L'ADF constate l'existence de financements indus par la CNSA au détriment de la compensation de l'APA et de la PCH. Elle conteste depuis plusieurs années ces transferts de charges de l'assurance maladie sur le budget de la CNSA. Nous n'employons pas le mot « détournement », car les fonds en question sont destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées ; nous parlons toutefois de « distraction » d'une partie des moyens que la CNSA devrait consacrer à d'autres missions.

Les financements en question concernent en particulier les groupes d'entraide mutuelle pour handicapés psychiques, pour 29 millions d'euros en 2014. Ces montants devraient être financés par prélèvement sur l'enveloppe de crédits sanitaires dans le respect de la « fongibilité asymétrique » votée dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Ces financements sont aussi destinés, pour 57 millions d'euros en 2014, aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui devaient pourtant être financées dans le cadre du plan Alzheimer par les franchises médicales. Par ailleurs, alors que la loi prévoit explicitement que les contributions au financement des trois agences nationales de l'État que sont l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), et l'ATIH sont « à la charge des organismes de sécurité sociale », la CNSA participe à leur financement.

De la même façon, en violation d'un article du code de l'action sociale et des familles qui précise que les centres régionaux de l'enfance et de l'adolescence inadaptée (CREAI) sont des centres de ressources financés sur les crédits de l'ONDAM et/ou de l'État, un transfert de charges est opéré depuis deux ans sur le budget de la CNSA.

Au dernier conseil de la CNSA, le 15 avril dernier, l'ADF s'est opposée à un prélèvement de 3 millions d'euros sur les crédits destinés à compenser l'APA et la PCH pour alimenter le budget de l'État, notamment son budget opérationnel de programme « Handicap » – le budget opérationnel de programme n° 157 –, afin de compenser son désengagement dans les fonds départementaux de compensation du handicap.

Par ailleurs, l'État, qui est majoritaire au sein de ce conseil, a fait adopter la création de cinq postes équivalents temps plein pour des personnels chargés de préparer la réforme tarifaire pour les établissements accueillant des personnes handicapées, dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP). Les rémunérations de ces cinq postes seront à la charge de la CNSA mais les agents concernés seront mis à la disposition de la DGCS dans ses locaux et sous son autorité. Cela revient à faire financer des dépenses de personnels d'administration centrale par les départements. Nous nous interrogeons sur la validité juridique d'un tel dispositif peu susceptible d'être validé en l'état par le comptable public de la CNSA et son commissaire aux comptes.

Nous voulons bien que la CNSA soit notre « maison commune », mais il ne faut pas qu'elle soit instrumentalisée comme une variable d'ajustement du budget de l'État ou de l'assurance maladie au détriment des départements.

La question de la sous-consommation de l'OGD « personnes âgées » et des crédits non reconductibles (CNR) est l'un des points qui fait le plus débat au sein du conseil de la CNSA.

Cette sous-consommation s'élève à 156 millions d'euros en 2013, auxquels il faut ajouter 353 millions de CNR déclarés par les ARS. Il conviendrait de prendre les arrêtés de tarification des ARS en tenant compte de ces données.

Je rappelle que 156 millions d'euros représentent les six points de CSA qui permettraient, comme le demande l'ADF, de faire passer, pour renforcer l'ONDAM dans l'OGD, le taux de prélèvement de cette cotisation du niveau plafond, soit 54 %, au niveau plancher, soit 50 %.

Il est urgent de publier le décret d'application de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui permettra de financer à 100 % les postes supplémentaires d'aides-soignantes et d'auxiliaires de soin en gérontologie dans le cadre de la médicalisation dite « pathossification ». Ce financement actuellement assuré à 30 % par les conseils généraux est répercuté sur le reste à charge des résidents et le tarif d'hébergement, autrement dit, l'accroissement de la présence sanitaire et médicale n'est pas financé par la solidarité nationale.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, M. Yves Daudigny avait fait adopter au Sénat un amendement visant à permettre le financement des amortissements des évaluations dans les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les EHPAD et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). La mesure avait reçu le soutien à l'Assemblée nationale de Mme Bérengère Poletti, rapporteure du volet médico-social du PLFSS. Aujourd'hui, malgré l'obligation d'évaluations externes, le décret organisant le cofinancement de l'assurance maladie, qui permettrait d'économiser annuellement 2 millions d'euros, n'a toujours pas été pris.

**Mme la rapporteure.** Pouvez-vous nous apporter quelques précisions concernant le suivi et le contrôle de l'évaluation ?

**M. Jean-Pierre Hardy, directeur délégué de l'Assemblée des départements de France.** Le législateur de 2011 a prévu le partage du financement des évaluations qui portent à la fois sur le « projet de vie » et le « projet de soins » – elles étaient jusqu'alors financées intégralement grâce au tarif hébergement. La mission juridique du Conseil d'État auprès des ministères sociaux a donné raison à l'ADF en reconnaissant que le partage devait se faire entre le département, l'usager et l'assurance maladie, et que la notion de financeurs ne pouvait pas se réduire à des sections tarifaires. L'absence de décret explique les retards actuels.

Par rapport au secteur du handicap, les établissements pour personnes âgées dépendantes ne sont pas particulièrement en avance en matière d'évaluation, mais leur démarche reste très structurée comme le montrent, par exemple, le guide d'autoévaluation ANGELIQUE (application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements), rédigé dans le cadre de la mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (MARTHE), ou la place de l'autoévaluation dans le renouvellement des conventions tripartites. La

signature de ces conventions est souvent différée en raison du retard de la sortie du décret relatif au financement de la « pathosification » – elle est à l’origine d’une hausse d’environ 25 % d’augmentation des budgets. Une partie des 353 millions d’euros de CNR déclarés par les ARS dans les EHPAD est encore constituée de « crédits faits aux conseils généraux » pour le financement à 100 % des aides-soignantes supplémentaires, mais il n’est pas certain que ces crédits seront reconduits, ce qui risque d’avoir un effet non négligeable sur les tarifs. Le système est bloqué depuis quatre ou cinq ans.

Concernant le reste à charge, je signale que les dépenses d’APA sont globalement maîtrisées. L’APA à domicile progresse très peu alors que l’APA en établissement augmente de 5 % pour 1 % de bénéficiaires supplémentaires.

**M. le coprésident Pierre Morange.** Au quotidien, pour le patient ou la famille, le véritable sujet, c’est le reste à charge. Mme Paulette Guinchard, alors coprésidente de la MECSS, s’interrogeait, en 2006, dans un rapport d’information traitant du financement des établissements médico-sociaux, sur la dictature des normes réglementaires qui pèsent fortement sur les coûts journaliers. Alors que la retraite moyenne des Français s’élève à 1 200 euros mensuels, le reste à charge dans les établissements d’Île-de-France atteint 3 000 euros. Il est vrai que le prix du foncier est prohibitif sur ce territoire, ce qui rend indispensable l’intervention de la puissance publique, mais les nombreuses contraintes normatives également pèsent très lourd.

Quelles sont les réflexions de l’ADF en la matière ?

**M. Jérôme Guedj.** Je suis pour ma part convaincu de la nécessité de réduire le reste à charge. Cette préoccupation a d’ailleurs motivé la création du service public essonnien du grand âge (SEGA). La logique de mutualisation constitue l’un des leviers sur lequel nous devons jouer.

Les EHPAD vont progressivement se transformer en EHSPAD : établissements d’hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes. Sortons de l’hypocrisie sur le sujet ! Assumons une évolution indéniable !

**M. le coprésident Pierre Morange.** L’étanchéité de la frontière entre le médical et le social m’a toujours laissé perplexe !

**M. Jérôme Guedj.** Une tarification binaire dans les EHPAD avec un volet soins et un volet hébergement permettrait une répartition logique. Les départements ne verseraient plus d’APA en établissement, et il n’y aurait plus de forfait dépendance mais une prise en charge des soins. Est-il logique que le salaire du directeur de l’EHPAD ne provienne que du tarif hébergement alors que ce dernier dirige évidemment les équipes de soins ?

Tout en insistant sur la préservation de la qualité et la sécurité de la prise en charge, nous appelons à un choc de simplification en matière de normes.

Quoi qu’il advienne, la CNSA jouera un rôle pour aider à l’émergence inévitable de services publics locaux d’accompagnement de la perte d’autonomie. Je suis particulièrement attaché aux maisons départementales de l’autonomie (MDA) qui constituent un point de convergence des divers publics pris en charge. Au-delà du service public de niveau communal ou intercommunal, une structure de référence et de proximité doit être en mesure de traiter au niveau infra-départemental mais supra-communautaire les cas les plus complexes, et délivrer conseils et informations. Il reviendra à la CNSA d’aider à la création de ces services publics



et de les « labelliser », même s'il est clair qu'il faudra qu'ils s'adaptent à des situations de terrain très diverses.

**Mme la rapporteure.** De peur de perdre sa spécificité, le secteur du handicap a opposé une résistance forte à la montée en puissance des MDA. Les évolutions récentes ont tout de même montré les effets positifs de ce mouvement. Il me semble que la période peut permettre à tous les acteurs de se retrouver. De façon symptomatique, vous releviez que la loi future fera une place à la participation des citoyens dans les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.

Comment surmonter les éventuelles réticences qui persisteraient malgré tout ?

**M. Jérôme Guedj.** Il faut sortir des postures qui existent de part et d'autre. L'inquiétude des associations du secteur du handicap était compréhensible. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées avait constitué pour elles un progrès considérable. Membres de la COMEX, elles étaient associées à la gouvernance des MDPH. Tout ce qui paraît remettre en cause cette évolution a donc une bonne chance de passer à leurs yeux pour un recul.

Le travail mené, à la demande de M. Claudy Lebreton, président de l'ADF, par M. Luc Broussy, conseiller général du canton de Goussainville-Louvres dans le département du Val-d'Oise, pour dégager un consensus a permis d'avancer sur le chemin d'une convergence inéluctable. N'oublions pas en effet que 25 % des usagers des MDPH ont déjà plus de 60 ans ! S'il est inacceptable que la prise en charge passe du simple au triple selon que le handicap survient la veille ou le lendemain d'un anniversaire, et que l'on s'offusque à juste titre du maintien d'une barrière d'âge, il est absurde de refuser, dans le même temps, toute convergence concernant les outils. Évidemment, handicap et âge relèvent de traitements spécifiques, mais ils peuvent aussi répondre à des logiques communes : mise en place d'un projet de vie, importance du parcours et de l'évaluation... Le secteur médico-social a une histoire forte faite de combats menés par les associations ; il doit pouvoir la dépasser. Les conseils généraux, partenaires des associations, ont des atouts pour dialoguer avec elles et avec l'ensemble des acteurs ; il serait dommage de se priver de leurs compétences.

**M. le coprésident Pierre Morange.** Messieurs, nous vous remercions pour vos interventions.

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) entend ensuite M. Jean-Luc Faucher, directeur du pôle personnes âgées-personnes handicapées au conseil général de la Haute-Vienne, et M. Bruno Chèze, directeur de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Nièvre.*

**Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure.** Depuis quelques semaines, notre travail sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) nous amène à recevoir des organismes et des représentants des collectivités. Dans ce cadre, nous avons retenu plusieurs départements, dont la Haute-Vienne et la Nièvre, et recevrons prochainement des représentants des départements du Rhône, du Nord et du Finistère. À la faveur d'organisations innovantes, ce dernier se situe en avance dans sa réflexion sur la question relative au pôle personnes âgées-personnes handicapées, comme cela vient de nous être expliqué. Au demeurant, toutes les expériences nous intéressent. Nous aimerions savoir où en la CNSA dix ans après sa création. Devenue une

institution incontournable dans le paysage social et médico-social, elle n'en rencontre pas moins des difficultés pour assurer l'intégralité de ses missions.

Aussi souhaiterions-nous vous entendre, messieurs, sur la situation dans vos départements respectifs, les initiatives que vous avez éventuellement mises en place, et les possibles évolutions permettant de conforter les missions de la CNSA. En dépit de la transformation envisagée des départements, voire de leur possible disparition, la question des territoires et de la proximité demeure centrale et nécessite d'examiner toutes ces expériences dont nous pourrions nous inspirer le cas échéant.

**M. Jean-Luc Faucher, directeur du pôle personnes âgées-personnes handicapées au conseil général de la Haute-Vienne.** Je vous remercie de votre invitation.

Je vais vous donner un avis sur le fonctionnement de la CNSA et vous présenter des pistes d'amélioration, sachant que le manque de visibilité sur l'évolution des conseils généraux rend difficile l'élaboration d'hypothèses. La disparition éventuelle des conseils généraux met en effet un point d'interrogation sur certains types d'évolution, comme les maisons de l'autonomie, qui ne constituent cependant pas le modèle auquel nous avons songé. En tout état de cause, l'incertitude affectera la poursuite ou la mise en œuvre de nouvelles initiatives dans les mois à venir.

Les rapports entre un conseil général et la CNSA se déclinent de plusieurs façons.

D'abord, le rapport direct entre la CNSA et les MDPH s'opère par le filtre des départements. Les liens des MDPH avec leur collectivité de tutelle sont relativement variés car, si le président du conseil général préside la commission exécutive de la MDPH, certains départements recrutent eux-mêmes les personnels des MDPH, tandis que d'autres laissent ces dernières les recruter elles-mêmes, comme en Haute-Vienne où la majorité des personnels est recrutée par le groupement d'intérêt public (GIP). Ces variantes d'organisation expliquent sans doute en partie les difficultés que peut rencontrer la CNSA. De surcroît, elle a ses ministères ou ses directions de tutelle ; elle n'est pas seulement une caisse, mais aussi un établissement public qui a des rapports avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et avec une centaine de départements et autant de MDPH. Au final, cette construction originale est à l'origine des dysfonctionnements auxquels la Caisse doit faire face.

C'est dans ce cadre que la CNSA et les MDPH ont développé un aspect innovant, rarement observé dans une organisation de ce type, qui est l'appui et le conseil. Sur cet aspect, la mission est assez efficace et a relativement convaincu les personnes qui ont travaillé avec la Caisse, par les apports techniques et la mise en commun d'informations. Par contre, le retour d'information vers les conseils généraux présente quelques insuffisances, je pense en particulier aux dépenses en matière de prestation de compensation du handicap (PCH) pour lesquelles nous recevons des informations diverses, ce qui rend difficile la comparaison avec celles délivrées pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – mais il est vrai que ce dernier dispositif est plus simple.

Dans l'ensemble, pour ce qui est du champ des relations avec les MDPH, on peut parler de réussite grâce à cet apport d'actions innovantes en termes de conseil et d'appui.

Ensuite, la CNSA est en relation directe avec les conseils généraux *via* les conventions de la section IV de son budget. En dépit de la lourdeur que représente leur

préparation, ces conventions donnent satisfaction et nous en avons signées deux successivement, avec prorogation d'une année pour les services bénéficiant des financements conjoints, comme nous l'avons expliqué à la CNSA dans le cadre de son audit.

D'autre part, le lien avec les conseils généraux s'opère *via* le versement de l'APA et de la PCH. Comme l'a souligné l'Assemblée des départements de France (ADF), les départements souhaiteraient voir augmenter les contributions au financement de ces deux prestations, mais aussi que ces contributions ne soient pas affectées à d'autres segments de financement où l'État s'évapore. La couverture de la dépense du conseil général de la Haute-Vienne se situe autour de 35 % pour l'APA, mais de 25 % pour la PCH. Cette dernière dépense est donc assez élevée dans notre département. Pourtant, dans le cadre d'une réunion relative à la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 créant les MDPH, à laquelle j'avais participé, le ministre d'alors avait tenu à rassurer les départements sur l'évolution observée pour l'APA et indiqué que la dépense serait strictement couverte grâce, d'une part, à la disparition de l'allocation compensatrice, et, d'autre part, à la dotation de la CNSA. En ce qui nous concerne, avec une couverture de 25 %, le financement de la CNSA s'élève à 3,5 millions d'euros, pour une dépense qui est passée de 600 000 euros la première année à 12 millions l'an dernier, le retrait progressif de l'allocation compensatrice n'ayant pas permis de couvrir cette montée en charge.

Au titre des pistes d'évolution, on peut imaginer que l'apport méthodologique délivré pour la PCH puisse être étendu à l'APA. À mon avis, la fusion prévue à terme des deux allocations s'éloigne, compte tenu du coût de la mesure, sachant que les plans d'aide vont de 400 euros d'un côté à 800 euros de l'autre. Une fusion se ferait donc par le haut, or les contraintes budgétaires ne le permettent pas aujourd'hui.

Enfin, le troisième axe de relations entre la CNSA et les départements concerne le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec, du fait de la subtilité de l'organisation que j'ai décrite, l'existence d'un intermédiaire que sont les agences régionales de santé (ARS). Le département de la Haute-Vienne élabore actuellement son schéma autonomie, en rassemblant les deux aspects personnes âgées-personnes handicapées, afin d'aboutir à un document cohérent pour les cinq prochaines années. Les ARS participent à nos travaux, mais connaissent une importante charge de travail et une réduction de leurs moyens, et elles ne sont pas en mesure de nous délivrer une perspective sur les cinq prochaines années en termes de financement.

Au titre des personnes âgées, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le département de la Haute-Vienne est sous-doté par rapport à la moyenne nationale, et davantage encore par rapport à la moyenne régionale. Or notre interlocuteur est l'ARS, et très peu la CNSA. À l'occasion d'un point sur les bilans réguliers de l'application des conventions, nous avons tout de même pu présenter cette problématique au directeur de la Caisse, en indiquant que notre dotation régionale ESMS personnes handicapées-personnes âgées était sans doute plus élevée que la moyenne nationale, mais que nous nous trouvons pénalisés au regard d'un rééquilibrage infrarégional. Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional, l'ARS nous a entendus sur la nécessité d'un rééquilibrage en notre faveur au regard des deux autres départements, l'un des responsables de l'agence ayant même utilisé le terme de « bouclier médico-social » pour la Haute-Vienne. Mais si le principe d'un rééquilibrage a été acté, il n'y a plus de financement...

Le rapport de la Cour des comptes évoque des mécanismes d'attribution des moyens par la CNSA pour le rééquilibrage et le mécanisme du « serpent ». Ce sont des données ou

des décisions auxquelles nous n'avons pas accès, tout comme sans doute l'échelon régional de l'État lui-même. En effet, l'ARS reçoit une notification de moyens pour un nombre d'années donné et n'a pas vocation à connaître la base sur laquelle la dotation est calculée. Cette situation ne nous permet pas de bâtir notre schéma autonomie à partir des perspectives d'attribution de moyens nouveaux. Cependant, on peut toujours appréhender cette question en termes de besoins.

Tels sont les trois axes que je dégage pour les relations avec la CNSA : l'axe avec la MDPH, qui se révèle fructueux ; l'axe traditionnel relatif au financement des allocations ; enfin l'axe ayant trait au financement des ESMS, plus difficile à comprendre et à maîtriser pour nous, les agences de santé étant des instances régionales, et non départementales comme l'étaient autrefois les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). L'ARS du Limousin a d'ailleurs supprimé sa délégation départementale en Haute-Vienne.

**M. Bruno Chèze, directeur de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Nièvre.** Je vous remercie de cette invitation. Je suis d'autant plus sensible aux propos qui viennent d'être tenus que je suis moi-même originaire du Limousin.

Je rejoins mon collègue sur l'absence de visibilité quant au devenir des conseils généraux et sur l'incertitude au sujet de l'identité future des MDPH, sous tutelle administrative et financière des conseils généraux.

La Nièvre est un département rural où coexistent un axe ligérien rassemblant une grande partie de la population et des territoires moins concernés par le placement des personnes. Cette précision est importante, car il me semble que la CNSA ne prend pas suffisamment en compte les données sociodémographiques de certains départements. Or, dans le cadre de l'allocation des subventions de fonctionnement à des structures comme les MDPH, les particularités départementales devraient être prises en considération. Un département rural, donc, où le président souhaite développer une dynamique de « nouvelle ruralité », en partenariat avec les départements voisins du Cher, de la Creuse et de l'Allier, dont les questionnements sont sensiblement les mêmes.

La CNSA, qui a une obligation de moyens, mais non de résultat, dispose d'un pouvoir incitatif auprès des MDPH et a essayé de développer une boîte à outils à leur intention. Pour autant, il existe autant de modes de fonctionnement que de MDPH, ce qui crée des problématiques de transmission des dossiers pour les usagers, même si une pratique commune commence à se dégager. Aussi cette boîte à outils me semble devoir être davantage étoffée.

Il a été demandé aux MDPH d'être des guichets uniques ; une attente forte s'exprime pour que la CNSA ait un rôle de « maison unique », pour reprendre l'expression retenue par l'ADF, c'est-à-dire qui permette de centraliser les données. Il faut savoir que, actuellement, les MDPH sont amenées à communiquer, en début d'année, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à quatre administrations différentes – caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) et direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – et, quelques mois plus tard, à la CNSA elle-même. Tout cela occasionne un travail très important, d'autant que le document à adresser n'est pas le même selon les administrations, ce qui revient à reproduire un fonctionnement proprement kafkaïen.

Je pense donc que la CNSA doit non seulement avoir un rôle de pilote et être confortée dans ses missions d'expertise au niveau national, mais aussi être considérée comme une maison unique. À cet égard, je regrette que le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), qui devait permettre de faire remonter les données au niveau de la CNSA, n'ait pas abouti. En effet, la fluidité de l'information entre les MDPH et la CNSA ainsi qu'entre les différentes administrations et la CNSA est une question très importante.

Tout comme les particularités géographiques et démographiques des départements, en particulier ruraux comme la Nièvre, qui certes peut être considérée comme un département au-dessus des ratios régionaux et nationaux, l'histoire des départements doit elle-même être prise en considération ; par exemple, la Nièvre est un territoire d'accueil, comme la Corrèze pour d'autres raisons. En effet, prendre en compte uniquement la population, et non les personnes venant de la région parisienne ou d'autres départements, aboutit à fausser la connaissance en matière de listes d'attente et de taux d'occupation dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ce point est très important. Il est demandé aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de notifier des orientations et des prestations, en lien avec les besoins repérés par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation et les attentes des familles. Or les MDPH ont de grandes difficultés à connaître le suivi des décisions d'orientation, comme l'ont indiqué plusieurs rapports, en raison là aussi d'un manque d'articulation. Je pense donc que la CNSA pourrait assurer ce rôle de coordination entre les MDPH et les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, une attente forte est exprimée par les acteurs quant à cette coordination, et pas uniquement autour du rôle incitatif de la CNSA, car nous avons besoin d'un pilote avec une boîte à outils plus étoffée et des missions plus claires.

Pour terminer, et sans revenir sur les propos de mon collègue sur le travail étroit entre la CNSA et les MDPH et le lien entre la Caisse et les conseils généraux, nous préconisons une meilleure lisibilité grâce à une boîte à outils commune PCH-APA pour l'évaluation et les conditions d'attribution de ces deux prestations.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure.** Vous avez mis l'accent sur la nécessité de renforcer le pilotage. Pensez-vous qu'il faille réformer la gouvernance, par exemple en créant un conseil exécutif avec les co-gestionnaires et les co-financeurs et un conseil d'orientation, ou encore par la création d'antennes ou de correspondants territoriaux ?

Au chapitre des mesures permettant d'améliorer la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, des initiatives locales dans vos départements ont-elles permis de décroiser ces deux secteurs ?

Vous avez abordé la question des systèmes d'information et votre difficulté à avoir une vision plus globale des situations. Tous les intervenants, notamment la Cour des comptes, ont pointé ce problème, et plus précisément une connaissance insuffisante des besoins dans les départements et de la répartition de l'offre. La CNSA est consciente de ces difficultés et s'est engagée à améliorer la situation, mais cinq à dix ans seront nécessaires, nous a-t-on dit. Avez-vous été consultés sur ces sujets ? Quelles sont les dernières avancées dans le déploiement du système d'information SipaPH, qui doit permettre le pilotage des politiques

du handicap ? Quel progrès attendez-vous de la possibilité, prévue par l'avant-projet de loi, pour la CNSA de définir des normes garantissant l'interopérabilité des différents systèmes d'information des MDPH et la labellisation de ceux qui sont conformes à ces normes ? En effet, et vous l'avez dit à plusieurs reprises, l'attente est forte de voir la CNSA jouer pleinement son rôle de pilote et accompagner l'ensemble des départements sur ces sujets.

Enfin, l'avant-projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'évolution des MDPH en maisons départementales de l'autonomie (MDA). À cet égard, comment vos départementaux se positionnent-ils ? Ont-ils avancé dans leur réflexion, voire commencé à s'organiser, comme l'ont fait certains départements ? Ce sujet suscite-t-il dans vos départements des réflexions, des craintes, des espoirs ? Je pense d'ailleurs que cette nouvelle organisation constituera une avancée, bien qu'elle ait suscité beaucoup d'appréhension, en particulier dans le secteur des personnes handicapées.

**M. Bruno Chèze.** Dans la Nièvre, une MDA n'a pas été mise en place, mais il existe d'ores et déjà une collaboration très étroite entre la MDPH et le pôle « économie sociale et solidaire » du conseil général. Grâce à la mise en place d'une convention entre le GIP MDPH et le conseil général, 11,5 équivalents temps plein (ETP) de travailleurs médico-sociaux du conseil général interviennent directement pour la MDPH sur les sites du département. Les différents sites du pôle « économie sociale et solidaire » sont amenés à accueillir et à informer les personnes en situation de handicap.

La Corrèze, le Cantal et la Côte-d'Or ont expérimenté une nouvelle organisation, mais il s'agissait de trois expérimentations différentes, avec des fonctionnements différents pour l'accueil ou l'évaluation. Là non plus, il n'existe pas de trame commune de ce que pourrait être une MDA.

Grâce à cette collaboration proche, certaines bases sont ainsi posées dans la Nièvre pour faire exister et fonctionner la MDA.

Concernant le système d'information, les deux logiciels métiers, OPALE, utilisé essentiellement par les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), et ITAC, utilisé par les anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), permettaient d'indiquer les pathologies ou les types de handicap. Or, certains départements ont basculé vers le logiciel métier IODAS, qui ne permet plus cette codification. D'où la difficulté pour les MDPH à jouer leur rôle d'observatoire du handicap, l'utilisation et la généralisation de IODAS ne leur permettant plus d'indiquer les types de difficultés.

Dans ce contexte, il me semble nécessaire de s'interroger sur les relations avec les éditeurs. En effet, il est difficile de faire évoluer les logiciels métiers, comme IODAS ou PERCEVAL, créés par ces derniers. Par conséquent, à chaque fois que les MDPH ont de nouvelles missions, elles ont du mal à faire évoluer leur propre logiciel métier, sans compter que ces évolutions ont un coût.

Le système d'information SipaPH est attendu : il nous permettrait de remplir ce rôle d'observatoire et de répondre aux différentes administrations. Plusieurs MDPH ont d'ores et déjà codifié et « anonymisé » certaines données et, en 2013, les éditeurs ont créé des extracteurs, qui permettent d'établir un lien entre le logiciel métier et SipaPH. À présent, se pose la question de la généralisation de la mise en place de SipaPH, qui induira des coûts financier et humain.

Les MDPH se voient confier de nouvelles missions, comme le pilotage de la commission de gestion des situations critiques depuis l'année dernière. Or, depuis sa création, la MDPH de la Nièvre a vu son activité augmenter de 62 %, avec un plateau technique qui a très peu évolué. Il est également demandé aux MDPH de codifier les types de handicap, ce qui nécessite un temps mobilisable d'agent très conséquent. Pour sa part, la MDPH de la Nièvre gère les dossiers de plus de 38 000 personnes. Au surplus, la codification ne peut être réalisée que sur la base d'un avis médical. Tous ces facteurs ajoutés à la problématique de la désertification médicale rendent impossible pour les MDPH la réalisation des chantiers qui leur sont demandés.

Aussi des apports financiers plus importants sont-ils nécessaires, afin de permettre aux MDPH d'affecter un nombre d'agents suffisant aux missions supplémentaires qui leur sont demandées. Pour moi, les missions prioritaires des MDPH consistent à répondre aux demandes des personnes en situation de handicap.

**M. Jean-Luc Faucher.** En 2006, année de création des MDPH, des logiciels nationaux étaient en place, puis il a fallu passer en deux ou trois ans à des dispositifs départementaux. Aujourd'hui, on considère que les logiciels départementaux ne permettent pas l'établissement de synthèses au niveau national et qu'il est nécessaire de revenir au logiciel national ; c'est en tout cas la priorité qui semble s'être dégagée à la suite de l'audit.

Les logiciels départementaux sont interfacés entre la partie MDPH et la partie conseil général. Par exemple, les décisions prises par la CDAPH en matière de PCH basculent automatiquement sur le logiciel du conseil général pour la mise en paiement. Remonter les informations au niveau national serait une bonne chose, mais elles devraient ensuite redescendre vers les départements pour leur fournir des éléments sur leur situation, ce qui engendrerait des difficultés pour ces derniers dans la mesure où le projet national ne pourra sans doute pas s'interfacer avec les produits servant au paiement des prestations à leur charge. Telle est la limite.

Par conséquent, si le constat est fait de la difficulté technique à mettre en synergie une centaine de sites dotés de programmes différents, il faut veiller à ne pas défavoriser les liaisons qui avaient été mises en place avec le conseil général.

S'agissant des MDA, l'avant-projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement n'est pas inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée...

**Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure.** Nous n'avons pas de calendrier précis à ce jour, mais l'inscription à l'ordre du jour de ce texte, confirmée par le Premier ministre, aura probablement lieu à l'automne.

**M. Jean-Luc Faucher.** Cet avant-projet de loi prévoit le rapprochement des services des MDPH avec ceux des conseils généraux. Cela est déjà souvent le cas dans la mesure où ils sont dans le même giron, avec des équipes intervenant sur l'évaluation de l'APA à domicile et une équipe pluridisciplinaire sur l'évaluation des prestations handicapées.

Effectivement, certaines expérimentations peuvent être différentes de celle consistant simplement à juxtaposer dans le même bâtiment les deux équipes. Celle-ci constituerait-elle la MDA ? Il me semble important de travailler sur ce qui est commun à plusieurs populations, par exemple sur l'information. La Haute-Vienne comporte des maisons du département, dans lesquelles ont été affectés des référents autonomie, agents départementaux issus des instances

de coordination cantonales ou des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mis en œuvre en 2011. Il me semble intéressant de s'inspirer d'une telle mesure de simplification, car elle répond en partie aux problématiques évoquées.

Ainsi, le parti a été pris de reprendre les compétences départementales qui avaient été dévolues aux associations cantonales et aux CLIC pour les gérer dans nos services. Sur le territoire, ces référents autonomie ont en charge l'accueil, l'orientation, l'information des personnes âgées et le suivi des plans d'aide APA. En outre, nous développons un plan de formation permettant à ces agents de prendre en charge, à l'échéance de 2015, la même typologie d'intervention pour les personnes handicapées, c'est-à-dire l'accueil, l'orientation et le suivi des plans PCH.

La fusion complète des deux dispositifs – l'un destiné aux personnes âgées depuis vingt ou trente ans, l'autre adapté aux personnes handicapées depuis un temps plus récent – devrait se concrétiser : elle correspond à l'option qui avait été retenue pour une fusion des deux allocations à terme. Tant qu'il y aura, non une allocation unique, mais deux dispositifs encore assez éloignés, l'unité complète de fonctionnement, vers laquelle il faudrait tendre, ne pourra être réalisée.

De surcroît, l'hypothèse ouverte un temps par la loi de décentralisation, à savoir l'intégration des MDPH dans les conseils généraux – option qui avait figuré dans le projet de loi, avant d'être retirée, puis envisagée sous forme d'amendement parlementaire –, n'est pas neutre pour la constitution des futures MDA. En effet, l'intégration des MDPH dans les services des conseils généraux offrirait un nouveau cadre pour la constitution des maisons de l'autonomie.

Sur la gouvernance, l'ADF a employé l'expression « maison commune ». Le renforcement de la participation des conseils généraux dans la CNSA, qui correspond à une demande de l'ADF, est logique dans la mesure où ils sont aujourd'hui majoritaires dans le financement des prestations aux personnes âgées et personnes handicapées. En outre, ils financent une partie non négligeable du fonctionnement des établissements médico-sociaux, par le biais de l'aide sociale, de la prise en charge de la dépendance ou encore du financement du secteur des personnes handicapées.

Enfin, vous avez évoqué la piste des correspondants territoriaux. Ces derniers seraient-ils placés dans les ARS ou relèveraient-ils de la CNSA ? En tout état de cause, ils ne pourront pas agir seuls dans le cadre d'une région, *a fortiori* si le nombre de régions est revu à la baisse.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure.** Ces questions se posent à juste titre au regard de la future reconfiguration du paysage administratif. Il faudra donc les reprendre à terme.

En tout état de cause, le besoin exprimé aujourd'hui d'un lien plus fort entre la CNSA et les territoires est une réalité, comme cela a été souligné dans chacune de nos auditions.

Merci beaucoup, messieurs, de votre contribution.

*La séance est levée à onze heures quarante-cinq.*