

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e 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

Mardi

29 avril 2014

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 11

SESSION ORDINAIRE 2013-2014

**Présidence 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*) :
- M. Didier Lesueur, délégué général adjoint de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), et Mme Estelle Camus, chargée d'études dans le champ du soutien à l'autonomie 2
- M. Franck Von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère des affaires sociales et de la santé, et Mme Magda Tomasini, sous-directrice de l'observation de la solidarité 7



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

Mardi 29 avril 2014

La séance est ouverte à dix-sept heures.

(Présidence 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. Didier Lesueur, délégué général adjoint de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), et Mme Estelle Camus, chargée d'études dans le champ du soutien à l'autonomie.

L'audition débute à dix-sept heures.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. La Mission, qui réfléchit sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a souhaité vous entendre, madame, monsieur, pour savoir quel regard vous portez sur la gouvernance de la Caisse, sur les systèmes d'information dont elle dispose, sur la compensation individuelle et collective de la perte d'autonomie et sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Comment appréciez-vous la répartition des compétences entre la Caisse et les acteurs avec lesquels elle travaille : autorités de tutelle, agences régionales de santé (ARS), départements et MDPH ? L'équilibre entre les membres du conseil de la CNSA vous paraît-il satisfaisant ? Seriez-vous favorables à la création d'un poste de vice-président, occupé par un représentant des départements, comme le prévoit le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement ? Dix ans après sa création, comment pourrait-on améliorer le fonctionnement de la CNSA ?

M. Didier Lesueur, délégué général adjoint de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). L'ODAS a été créé il y a vingt-quatre ans dans le but d'observer pour mieux agir, afin d'aider la décision des acteurs locaux ou nationaux. Son statut d'association répond à un souci d'indépendance : ses travaux ne doivent être entachés d'aucun parti pris en faveur des collectivités locales ou de l'État.

À l'origine, sa création a été portée à la fois par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, M. Jean-Michel Belorgey, et celui de la commission des affaires sociales du Sénat, M. Jean-Pierre Fourcade. L'ODAS a toujours eu à cœur de se tenir à égale distance entre les forces politiques qui peuvent intervenir dans le débat républicain.

Notre préoccupation est de faire émerger l'intérêt général, ce qui nous vaut parfois certaines inimitiés. Je puis citer une anecdote à ce sujet. Chaque année, nous publions une analyse des dépenses d'action sociale effectuées par les départements. Il y a deux ans, ce rapport, qui s'intitulait *Se poser les bonnes questions*, pointait le fait que, depuis la décentralisation, ces dépenses étaient tirées à la hausse par celles du handicap. On nous a alors reproché – à tort – de mettre ces dernières en cause. Nous entendions seulement souligner que, depuis 1984, la charge nette – l'effort assumé par les ressources propres des départements – était deux fois plus importante pour le secteur du handicap que pour les autres

secteurs. J'avais déjà prévenu plusieurs associations spécialisées qu'elles ne disposeraient pas toujours des mêmes financements.

Notre souci d'indépendance nous impose de parler vrai en respectant trois principes. Le premier est la neutralité. Le deuxième est d'observer en faisant observer : nous travaillons avec les acteurs, parce qu'ils possèdent la connaissance, et nous essayons, avec pédagogie, de faire partager certains constats. Dans notre pays, on observe trop peu avant d'orienter l'action dans telle ou telle direction. Le troisième principe est de croiser les regards, c'est-à-dire, quel que soit le sujet, de rencontrer tous les acteurs concernés.

De l'action sociale, nous en sommes arrivés rapidement à étudier l'évolution de la société. C'est ainsi que nous avons mené une recherche-action sur « Les villes et le lien social » avec sept villes de taille et de sensibilité politique différentes : Besançon, Bordeaux, Clichy-sous-Bois, Le Havre, Strasbourg, Tourcoing et Valenciennes. Nous souhaitions en intégrer une huitième à notre étude, mais, malgré l'accord du maire, l'administration ne nous l'a pas permis. Nous avons réfléchi au moyen de mobiliser davantage les politiques municipales pour favoriser le tissage du lien social.

Notre rapport contient un constat et des préconisations, que nous avons formulées le plus souvent avec les villes. Néanmoins, nous avons fait remarquer à un maire que son organigramme politique ne correspondait pas à sa préoccupation affichée de soutien au lien social, parce qu'il se présentait en silo – distinguant des pôles « personnes âgées », « personnes handicapées » et « petite enfance » – et non de manière transversale.

D'ores et déjà, nous vous invitons le 4 juin, de dix-huit heures à vingt heures trente, à un symposium que nous organisons à la demande du président du Sénat sur le thème « Les maires et le pacte républicain ». Nous entendons mobiliser les élus municipaux sur l'enjeu majeur que représente le lien social. Les observations que nous menons depuis vingt-quatre ans ont montré qu'une partie des difficultés que rencontrent les services sociaux et médico-sociaux tient à la disparition de ce lien et à une perte des repères de la part des citoyens. D'où notre souci de remplacer notre solidarité de droit par une solidarité d'implication.

Nous avons rencontré les représentants de la CNSA dès sa création. Son fonctionnement pourrait préfigurer l'évolution de bien des administrations d'État vis-à-vis des collectivités locales, si le choix de la décentralisation est maintenu, voire amplifié.

La Caisse a cofinancé trois études avec l'ODAS. La première concerne la mise en place des MDPH, créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La deuxième porte sur l'appropriation du projet de vie. La troisième s'intitule *Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie*. Elle vise à analyser ce qui se passe avant les prises de décisions relatives aux personnes âgées. Dès lors que survient un problème, comment l'accueil est-il organisé ? Où trouver l'information ? Comment l'orientation est-elle déterminée ?

Nous terminons en ce moment une étude qui fera pendant à celle-ci, et porte sur la période qui s'étend de la décision à la fin du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile.

Dès l'origine, la gouvernance de la Caisse a placé l'ensemble des acteurs au centre de la structure, ce qui a permis de dépasser les défiances éventuelles entre administrations

locales et nationale. Nous n'avons pas d'avis tranché sur la création d'un troisième poste de vice-président qui représenterait les départements, mais nous n'y sommes pas hostiles.

Il est intéressant que la CNSA se positionne en accompagnement des collectivités, particulièrement de l'action des MDPH. D'autres caisses de protection sociale pourraient s'inspirer de ce modèle.

Cela dit, la législation française est une des rares à établir des distinctions entre les handicaps selon qu'ils tiennent à la naissance, à l'âge, à la maladie ou à un accident, ce qui empêche parfois la CNSA de soutenir les démarches de convergence au niveau des départements. Il arrive, par exemple, que les relations entre les MDPH, présidées par le président du conseil général, et le département soient difficiles.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Pour des raisons historiques, les associations ont, dans le domaine de la solidarité, une place particulière dans notre pays. Même si les mentalités changent, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour faciliter la convergence.

Mme Estelle Camus, chargée d'étude sur l'autonomie à l'ODAS. Le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement encourage – même modestement – la mise en place de maisons de l'autonomie (MDA). Il s'agit d'une solution intéressante, surtout si la CNSA l'accompagne, comme elle avait accompagné la création des MDPH. Elle se prépare activement à jouer un rôle dans ce domaine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Elle conduit ce travail en lien avec les conseils nationaux consultatifs des différents publics que nous avons évoqués. Nous sommes à un moment charnière : il faut dépasser certaines grandes étapes de notre histoire.

M. Didier Lesueur. En 2011, quand nous avons réalisé l'étude intitulée *Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie*, nous avons bénéficié, de la part des départements, d'un taux de réponse de 98 %. Sur place, quand nous avons effectué des visites, nous avons été frappés par la manière dont ceux-ci avaient anticipé l'échéance fixée par la loi de 2005, et organisé une gouvernance plus intégrée entre le soutien aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées. Cela dit, notre travail actuel souligne que les relations avec les MDPH sont difficiles.

Le projet de loi en préparation repose sur une vision très large du vieillissement. Dans notre pays – même s'il existe de grandes disparités entre les territoires –, une personne qui prend sa retraite bénéficie généralement d'une longue période de bonne santé relative et de disponibilité, que les politiques publiques pourraient utiliser davantage. Les personnes âgées ont plus besoin d'aider que d'être aidées. En valorisant leur apport, on intégrerait le bilan de toutes les études sur la dépendance, qui montrent qu'en permettant à ces personnes de rester actives après la retraite, on retarde l'âge de la dépendance.

Mme Estelle Camus. Les données remontent difficilement des MDPH vers les départements, puis vers la CNSA, ce qui complique le choix d'une stratégie. La CNSA, qui a eu du mal à s'emparer des dispositifs d'information, s'est attelée activement à ce problème. Seule la remontée des données issues des MDPH permettra d'apprécier l'efficacité des dispositifs et les besoins des territoires.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Nous manquons effectivement de données claires sur la population et ses besoins. La CNSA nous a confirmé qu'elle travaillait sur le problème, qui est apparu quatre ou cinq ans après sa création.

M. Didier Lesueur. Il est dommage que la classification commune des handicaps par les départements, qui avait cours avant la création des MDPH, n'existe plus.

Entre 1998 et 2008, les dépenses d'hébergement des personnes en situation de handicap ont augmenté deux fois plus vite que l'effet coût – l'inflation – et l'effet volume – l'augmentation du nombre de personnes accueillies. Ce doublement peut s'expliquer par la mise en œuvre des 35 heures ou l'amélioration des conditions statutaires, sous l'effet des conventions collectives, mais il y a d'autres facteurs à prendre en compte. La situation n'est d'ailleurs pas spécifique au secteur du handicap. Elle concerne aussi celui de l'accueil des enfants protégés et des personnes âgées dépendantes.

Quand, avec les départements, nous avons entrepris d'analyser le coût de chaque structure, nous avons constaté qu'en raison du partage des responsabilités entre financeurs, nul ne possède de vue d'ensemble. Les départements ne disposent parfois que d'informations très succinctes ou aléatoires sur les forfaits soins. Par ailleurs, chaque structure affirme qu'elle accueille des handicaps de plus en plus lourds, sans pour autant en apporter la preuve, ce qui signifie que cette appréciation reste subjective. Enfin, le coût des structures, très disparate, n'est pas corrélé à leur classification.

Après notre première étude, l'ancien directeur de la CNSA, M. Laurent Vachey, nous a demandé de reconstituer les contributions des finances publiques au secteur du handicap. Notre rapport, annexé au sien, montre que, depuis la décentralisation, les départements, comme d'autres financeurs publics, ont fortement investi dans ce domaine.

Nous essaierons de modéliser ce travail sur l'évolution des coûts dans les différentes structures. Nous ne possédons encore que des intuitions, qu'il nous faut consolider.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Vous regrettez que la connaissance des handicaps ait diminué. Les outils d'évaluation, notamment les grilles AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) ou le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), sont-ils suffisants ? Les établissements ou les services ont-ils renoncé à connaître les publics accueillis ?

Mme Estelle Camus. On peut parler d'un effet « filière » : un enfant qui entre dans un système institutionnel aura tendance à y rester, même si celui-ci ne correspond pas exactement à son handicap, parce que l'offre est émise par la fédération ou l'association gestionnaire. En outre, les MDPH, qui décident de certaines orientations, ne connaissent pas toujours la disponibilité ou l'offre sur leur territoire. Certaines décisions sont prises par défaut. Une personne peut être adressée à un établissement qui ne correspond pas parfaitement à son handicap soit parce qu'il n'existe rien d'autre sur son territoire, soit parce qu'il n'existe pas de place dans une structure plus appropriée.

La grille AGGIR ne dit pas toujours ce qu'il faudrait savoir. Ses items, qui prennent en compte l'environnement des personnes âgées, ne sont pas intégrés dans le calcul du GIR (groupe iso-ressources). Or, il est impossible de réfléchir à la situation d'une personne âgée sans prendre en compte son environnement ou la capacité de son entourage à accompagner d'éventuels changements de parcours.

Il existe très peu d'évaluations communes de l'APA et de la PCH. Malgré les efforts réalisés, notamment pour évaluer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le GEVA est difficile à mettre en œuvre sur le terrain. Il existe deux cultures différentes dans la manière d'appréhender le handicap, ce qui peut poser problème à certaines équipes. La compensation initiée par la loi de 2005 peut aller très loin, au-delà même des capacités financières de certaines institutions. On ne rencontre pas la même démarche envers les personnes âgées, chez lesquelles on cherche surtout à identifier des besoins.

Un important travail doit être mené non seulement entre les départements, mais aussi avec les caisses de retraite, qui évaluent en amont la déficience de la personne. Il existe des similitudes entre les traitements de l'âge et du handicap. Tout en installant de nouvelles relations avec les services d'aide à domicile, les départements envisagent des forfaitisations qui prendraient en compte l'environnement global de la personne. De leur côté, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'interrégime des caisses de retraite – CNAV, Mutuelle sociale agricole et Régime social des indépendants – réfléchissent à la mise en place de paniers de services forfaitisés qui intégreraient, outre l'aide à domicile, l'entourage et l'aide collective qui peut être apportée en amont.

Notre étude sur la complémentarité des caisses de retraite et des départements pour le maintien à domicile des personnes âgées préconise la mise en place, sous le contrôle de la CNSA, d'une grille d'évaluation commune à tous les intervenants. La Caisse a sa place dans le travail qui doit être mené pour partager la culture de l'évaluation.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Nous nous souviendrons de cette proposition lorsque nous examinerons le texte. Il est essentiel de rapprocher les points de vue pour créer une culture commune.

Mme Estelle Camus. Je suis très sensible au fait que la CNSA ne se préoccupe pas seulement de données techniques ou de mise en œuvre opérationnelle. Elle mène une réflexion sur la place de la personne âgée ou handicapée dans notre société, afin de l'aider à y jouer un rôle actif. C'est un point important de notre rapport annuel qui paraîtra prochainement, et qui vise à sensibiliser les différents acteurs.

Par ailleurs, il est bon que les études ne prennent pas une forme trop universitaire, ce qui les amènerait peut-être à se couper de certaines propositions ou d'innovations intéressantes qui peuvent remonter du terrain. Il serait dommage de renoncer à des propositions ou à des expérimentations qui sortent du cadre strict de l'appel à projets.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Dans le cadre de la section V de son budget, la CNSA peut proposer des expérimentations, qui doivent être préservées.

Une partie du rapport d'activité touche à la citoyenneté et à la participation des personnes, ce qui rejoint l'esprit de la loi de 2005. La CNSA travaille déjà sur ce sujet, sur lequel nous formulerons des propositions.

Mme Estelle Camus. Si la convergence entre les problématiques de l'âge et du handicap a été difficile à établir, le vieillissement des personnes handicapées amènera sans doute à réunir la prise en compte des handicaps liés à l'âge ou imputables à un parcours de vie différent.

M. Didier Lesueur. La convergence est difficile à concevoir parce que les liens ne sont pas systématiques – heureusement – entre l’avancée en âge et la dépendance. L’expérience de nos voisins nordiques montre que les politiques de prévention font reculer l’âge et la durée de la dépendance.

Les parents d’enfants en situation de handicap craignent qu’une politique de convergence ne réduise la prise en charge de leurs enfants, mais les départements qui ont travaillé sur la mise en place des MDA assurent le contraire. Le système actuel est trop compliqué. Dans notre pays, une personne ne relève pas de la même législation si elle fait un accident vasculaire cérébral à cinquante-neuf ou à soixante ans, ce qu’aucun citoyen ne parvient à comprendre. Cette situation semble même contraire à l’égalité qui est au cœur du pacte républicain.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. On a souvent reproché à la CNSA de n’avoir pas maîtrisé, au fil des ans, les crédits de création de places.

Mme Estelle Camus. C’est un sujet que je connais peu.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Je vous demanderai de nous envoyer vos publications les plus récentes.

M. Didier Lesueur. Nous vous adresserons toutes les communications que nous avons citées, auxquelles on peut accéder directement sur notre site, ainsi que le rapport sur les caisses de retraite et les départements, qui n’a pas été publié. Pour réaliser l’étude que nous avait commandée l’interrégime des caisses de retraite, particulièrement la CNAV, nous nous sommes rendus dans huit départements où nous avons identifié des pratiques intéressantes qui pourraient faire l’objet de propositions.

Mme Estelle Camus. Certaines de ces propositions figurent déjà dans le projet de loi. Nous vous enverrons également une synthèse du point d’étape que nous avons réalisé en novembre avec la CNSA.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Je vous remercie.

La MECSS procède ensuite à l’audition, ouverte à la presse, de M. Franck Von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) au ministère des affaires sociales et de la santé, et Mme Magda Tomasini, sous-directrice de l’observation de la solidarité.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Nous accueillons à présent M. Franck Von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES), accompagné de Mme Magda Tomasini, sous-directrice de l’observation de la solidarité.

La Cour des comptes a rendu public en octobre 2013 un rapport sur « la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) ». Je vous propose, monsieur le directeur, de nous rappeler les travaux récents conduits par la DREES sur ce sujet, en particulier concernant la perte d’autonomie. Je vous poserai ensuite quelques questions.

M. Franck Von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES). Je me propose de dresser un panorama de nos travaux, en

rappelant à chaque fois de quelle manière nous collaborons avec la CNSA, laquelle est pour nous un partenaire majeur dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Nous mettons en commun, dans une large mesure, nos moyens financiers et partageons nos expertises.

Aux termes de la convention d'objectifs et de gestion (COG), deux volets de coopération sont attendus entre la DREES et la CNSA : les opérations statistiques, d'une part, et la recherche, d'autre part.

Je rappelle en préambule que les systèmes d'information de la CNSA ainsi que nos propres outils statistiques s'appuient sur le répertoire FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) géré par la DREES et qui contient un très grand nombre d'établissements, de statuts juridiques et de nomenclatures très complexes. Nous collaborons constamment avec la CNSA afin d'améliorer et de clarifier ces nomenclatures. Ce répertoire constitue la base du futur portail de la CNSA consacré aux établissements pour personnes âgées et à destination du grand public, à l'élaboration duquel nous participons.

Dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, l'observation statistique est un exercice très complexe en raison du grand nombre de prestataires, de la grande diversité des établissements et des statuts et de la décentralisation de la gestion. Nos opérations statistiques sont de deux ordres : les collectes de données administratives, qui sont des données de gestion, d'une part, et les enquêtes *ad hoc* d'autre part.

Pour ces opérations statistiques, nous nous appuyons de préférence sur les données administratives, ce qui est plus rapide et moins coûteux. Toutefois, il n'est pas toujours aisé de collecter de telles données – c'est le cas pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en raison de l'existence d'une centaine de conseils généraux ayant chacun leur propre système de gestion – et celles-ci peuvent se révéler insuffisantes, car elles ne permettent pas toujours de savoir si une prestation répond à un besoin. Il est donc nécessaire, parallèlement, de réaliser des enquêtes, ce dont nous n'avons pas toujours les moyens.

Nous disposons de données administratives sur les bénéficiaires de l'APA. En 2008-2009, la DREES a mené une première opération en recueillant des données relatives à l'année 2007 auprès d'une trentaine de conseils généraux, opération qu'elle a reproduite l'année dernière auprès d'un peu plus de soixante départements. Cet échantillon nous a permis de réaliser toutes les simulations de réforme de l'APA présentées dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Le recueil de données auprès de soixante départements est un travail très lourd en raison de l'existence d'un grand nombre de systèmes d'information différents. La CNSA a largement contribué au financement de cette collecte dont l'intérêt est d'apporter une vision consolidée au niveau national sur les bénéficiaires, leur âge, leurs revenus, leur groupe iso-ressources (GIR). Ainsi, plus les prestations sont décentralisées, plus il est nécessaire de conserver une vision nationale.

Nous menons également de grandes enquêtes. En 2008-2009, la DREES et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont réalisé une grande enquête intitulée Handicap-Santé (HS), trop lourde pour être reproduite à intervalles courts. Nous avons décidé de la reconduire pour la période 2014-2016, mais sur un champ plus réduit, celui de la perte d'autonomie, auprès des personnes de plus de soixante ans. Cette enquête a pu être mise en place grâce à l'apport financier indispensable de la CNSA. La CNSA nous apporte également sa connaissance des métiers liés à la perte d'autonomie en nous indiquant les types de questions correspondant aux attentes des utilisateurs. Dès 2014, cette enquête est précédée

d'un volet départemental visant à interroger, dans chaque département, un échantillon de personnes de plus soixante ans afin d'évaluer la proportion touchée par la perte d'autonomie. Cela permet non seulement de calculer des prévalences de perte d'autonomie au niveau départemental, mais aussi d'observer les disparités entre départements pour le versement de l'APA.

À côté des enquêtes sur les bénéficiaires, la DREES mène deux enquêtes quadriennales sur les établissements pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées. Ces enquêtes ne sont pas cofinancées par la CNSA, laquelle nous apporte cependant une expertise métier très importante lors des comités de pilotage d'élaboration des questionnaires – les données lui sont ensuite fournies, comme le recommande la COG. La prochaine enquête, réalisée auprès des établissements pour personnes handicapées, aura lieu l'année prochaine.

J'en arrive au second volet de coopération entre la DREES et la CNSA : la recherche.

Dès 2008, la DREES et la CNSA se sont associées, par la mise en commun de moyens financiers et humains, dans le lancement d'appels à projets de recherche sur plusieurs thèmes, notamment le handicap psychique, l'aide à domicile aux personnes fragiles, le handicap et la perte d'autonomie. Lancé en 2009, l'appel à projet « handicap et perte d'autonomie » a été transformé à partir de 2011 en un partenariat entre la CNSA, la DREES et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), qui sera renouvelé jusqu'en 2016. Il comprend un appel à projets général et des appels à projets thématiques, portant par exemple sur les personnes handicapées vieillissantes.

Pour la période 2011-2016, les financements accordés et les financements prévus se chiffrent à plus de 3 millions d'euros, ce qui permet d'offrir aux chercheurs une visibilité leur donnant la possibilité de constituer des équipes et de s'investir dans la durée sur une thématique. La CNSA et nous-mêmes espérons poursuivre au-delà de 2016 ; cela suppose des efforts financiers de notre part et une sanctuarisation des budgets de recherche.

Pour conclure, j'esquisserai quelques pistes sur nos besoins et nos attentes pour l'avenir.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement comporte un volet sur les systèmes d'information et le suivi statistique. Grâce à l'uniformisation des systèmes d'information des MDPH et leur consolidation par la CNSA, nous pourrions tirer des systèmes d'information statistiques depuis les systèmes de gestion administrative. Par ailleurs, les remontées statistiques sur les bénéficiaires de l'APA vers la DREES et l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire (NIR) par les départements nous permettront de constituer des cohortes et de suivre dans la durée le devenir des bénéficiaires de l'APA.

Le futur système d'information sur les personnes handicapées de la CNSA nous apportera quantité d'informations, mais nous aurons toujours besoin de mener parallèlement des enquêtes. C'est pourquoi nous prévoyons une grande enquête sur le handicap – sur le modèle de celle sur la dépendance prévue l'année prochaine – aux alentours de 2019 ; ce faisant, le rythme des grandes enquêtes de ce type est décennal, comme au niveau européen. À cette fin, un financement de la CNSA nous sera indispensable, mais nous n'avons pas d'inquiétude à cet égard étant donné l'état de nos relations actuelles et les attentes de cette dernière.

À plus court terme, et dans l'attente de la mise en place de ce système d'information, il nous semble nécessaire de mener une enquête approfondie afin de récolter des informations sur les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH). La DREES en avait mené une en 2008 auprès de ces bénéficiaires, mais nous nous interrogeons aujourd'hui sur leur profil. Une telle enquête ne pourra être réalisée que si nos moyens le permettent ; l'accompagnement financier et le savoir-faire de la CNSA nous seront, là encore, nécessaires.

En conclusion, nous nous félicitons du niveau de coopération et d'échanges en matière d'expertise et de financement entre la DREES et la CNSA.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. À quelle date a été réalisée la dernière grande enquête ?

M. Franck Von Lennep. La grande enquête auprès des personnes en perte d'autonomie est prévue pour 2014-2016. La précédente, intitulée « Handicap-Santé », date de 2008 et couvrait le champ de la santé, du handicap et de la perte d'autonomie.

Les groupes de travail réunis en 2011 en vue de la préparation d'un avant-projet de loi, animés par MM. Bertrand Fragonard et Jean-Michel Charpin, avaient recommandé que soit réalisée une nouvelle enquête sur les personnes âgées en perte d'autonomie afin d'évaluer, d'une part, la prévalence et les facteurs de la perte d'autonomie – dont l'évolution est certainement plus rapide que pour le handicap en raison du vieillissement de la population – et, d'autre part, le reste à charge et la mobilisation des ressources par les personnes âgées ou leur entourage pour financer la perte d'autonomie. Pour cette enquête, qui reposera sur un échantillon d'une dizaine de milliers de personnes, nous avons prévu de recueillir des informations d'autres bases de données, en particulier fiscales et sociales.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Vous avez évoqué les difficultés rencontrées par la CNSA en matière de systèmes d'information. Un travail est en cours à ce sujet, et nous le suivrons avec attention.

Quel bilan tirez-vous de l'action de la CNSA s'agissant de sa contribution au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile ou en établissement, en particulier au regard du respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire ?

M. Franck Von Lennep. Nous avons produit récemment des études sur les disparités départementales en matière d'allocation aux adultes handicapés (AAH), d'APA et de PCH. Il s'agit de modélisations statistiques qui visent à mesurer en quoi les données démographiques des départements expliquent les disparités. Nous en concluons que la partie non expliquée n'est pas liée à ces variables, mais qu'elle tient soit à des variables dont nous ne disposons pas, soit à des différences de pratiques entre acteurs locaux. Les disparités en termes de gestion et d'accès aux prestations sont une préoccupation forte de la CNSA qui nous sollicite très régulièrement sur ces sujets. Grâce à son financement, l'enquête qui sera menée à partir de cette année dans tous les départements auprès des personnes de plus de soixante ans lui permettra de rapprocher les données obtenues avec celles du versement de l'APA.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Dans une note de décembre 2013 consacrée à l'AAH, la DREES relève que les disparités observées entre les

départements seraient expliquées par les différences de pratiques des acteurs locaux du handicap.

Quel peut être le rôle de la CNSA dans l'harmonisation des pratiques ?

M. Franck Von Lennep. Nous discutons beaucoup de ce type de problématique avec la CNSA, laquelle s'efforce d'intégrer une réflexion en amont sur les facteurs objectifs pouvant expliquer les disparités, ce qui permet ensuite d'identifier les leviers d'action.

À titre d'exemple, les différences en matière d'attribution de GIR 4 ne s'expliquent pas seulement par des raisons démographiques, sociales ou économiques ; elles s'expliquent aussi par des données objectivées, qui permettent ensuite à la CNSA de plaider pour la mise en place d'outils en vue de l'accompagnement des départements vers une plus grande rationalisation dans l'attribution de l'APA.

Si la CNSA est en attente de données sur la PCH, c'est justement parce qu'elle ne dispose pas des outils pour s'informer auprès des MDPH ou des départements sur les pratiques d'attribution de cette prestation. Grâce à son financement, nous pouvons lui fournir des données fondées sur une représentativité territoriale suffisante, qui lui permettent ensuite, soit de discuter avec les acteurs concernés, soit de faire des recommandations au conseil général.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. La répartition de l'offre sur le territoire est une question prégnante. En effet, il est difficile pour de nombreux départements de connaître le nombre de places dans les établissements et de savoir si elles correspondent aux besoins. Avez-vous des pistes à nous suggérer en la matière ? La situation s'est-elle aggravée ?

M. Franck Von Lennep. À la suite d'une demande d'un élu local qui lui a été adressée récemment, la CNSA nous a sollicités pour savoir si le nombre de bénéficiaires de l'AAH s'expliquait par les caractéristiques du département ou par des facteurs exogènes. Il est tout à fait logique que les élus se demandent si les prestations correspondent à des besoins.

Votre question comporte deux volets : l'offre et les besoins.

L'offre, en tout cas en établissement, est décrite de façon assez détaillée dans les deux enquêtes quadriennales que j'ai mentionnées tout à l'heure – l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, et l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés. Il nous est parfois reproché que ces enquêtes ne permettent pas aux ARS et à la CNSA de réaliser un pilotage fin, annuel. Cependant, les renouveler plus souvent, comme cela nous est parfois demandé, est hors de portée pour nous en termes de moyens. Ces enquêtes sont très utiles non seulement à la CNSA, mais aussi aux missions d'inspection, en particulier à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Deux éléments devront être pris en compte pour l'avenir. D'une part, une partie des futurs systèmes d'information de la CNSA, en particulier le portail sur les établissements pour personnes âgées, permettra éventuellement d'alléger certaines de nos enquêtes et, par conséquent, de réaliser des économies ou des enquêtes plus fréquentes. D'autre part, nos enquêtes sont progressivement dématérialisées. La prochaine vague, qui aura lieu l'année prochaine auprès des établissements et services pour personnes handicapées, sera pour la première fois totalement dématérialisée. Pour autant, nous n'aurons jamais les moyens de

mener ces enquêtes annuellement, si bien que ce type d'outil ne permet pas un pilotage annuel.

Aujourd'hui, la seule solution serait que l'ARS décide, pour tel type de population, de pathologie ou de handicap, de suivre l'évolution des places chaque année, comme cela est fait, par exemple, avec le plan Alzheimer.

Quant à la demande, elle est très compliquée à mesurer car très difficile à définir. C'est vrai dans le champ de la santé comme dans celui du handicap et de la dépendance, car il n'est pas aisé de déterminer le moment à partir duquel un besoin s'exprime, si bien que, malgré l'existence de grilles, comme la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources), nous sommes obligés de retenir des hypothèses.

Les choix d'adaptation de l'offre exigent que l'on soit capable de mesurer les besoins localement, ce qui implique la réalisation d'enquêtes. Concrètement, il faut interroger un nombre important de personnes sur leurs souffrances, les limitations qu'ils rencontrent dans la vie quotidienne, en procédant le plus souvent en face en face, ce qui rend ces enquêtes coûteuses et difficiles à mettre en place et à réitérer. Nous menons cet exercice cette année et l'année prochaine sur la perte d'autonomie ; nous le réaliserons avant 2020 sur le handicap, objectif en réalité ambitieux car très coûteux. L'enquête Handicap-Santé de 2008 – cofinancée par l'INSEE, qui s'est ensuite désengagé de ce type d'enquête – a représenté au moins la moitié du budget de la DREES. Beaucoup d'acteurs souhaiteraient des enquêtes plus fréquentes, permettant d'évaluer l'adaptation du nombre de places à l'évolution des besoins, mais elles sont conditionnées à l'évolution de nos budgets. Sur ces sujets, à propos desquels nous échangeons quotidiennement avec la CNSA, nous sommes obligés de programmer à moyen terme.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Une difficulté subsiste : le cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Quelles pistes proposez-vous pour rapprocher ces secteurs ?

M. Franck Von Lennep. Les enjeux du projet PAERPA – parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – portent notamment sur la coordination entre les différents secteurs – sanitaire, social et médico-social – dans neuf territoires. La DREES est très impliquée dans ce projet, puisque je préside le comité de pilotage de l'évaluation de ce dispositif. Notre objectif est d'évaluer, sur trois à cinq ans, les gains pour le système de santé, à travers par exemple une meilleure prise en charge des personnes à la sortie de l'hôpital. Ce projet nous amènera également à développer un programme de recherche qualitatif, ou sociologique, afin d'identifier les risques de rupture lors du parcours de soins, dans la perspective d'un meilleur accompagnement des personnes.

Ce projet pose en outre l'importante question des systèmes d'information, c'est-à-dire du partage de l'information entre les professionnels du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social. Au-delà, se posent des questions juridiques lourdes relatives à l'accès par les professionnels à certaines informations figurant dans le dossier médical.

Par ailleurs, nous avons prévu de mener, en 2014, une enquête qualitative auprès des professionnels de l'aide à domicile – aides-soignantes des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmières libérales, aides à domicile –, qui nous permettra de mieux comprendre les spécificités de ces différents intervenants, leur manière de répondre aux ruptures, et l'articulation de leur action avec celle des médecins traitants.

Ainsi, pour ce qui est de l'articulation entre le médico-social, le social et le sanitaire, nous projetons au moins ces deux études pour les deux ans à venir.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Le rôle du conseil scientifique de la CNSA vous semble-t-il devoir être accru ?

M. Franck Von Lennep. Les membres du conseil scientifique de la CNSA sont nos interlocuteurs naturels : c'est avec eux que nous discutons des aspects techniques pour le lancement d'une grande enquête comme celle sur l'autonomie. Ce conseil est un lieu d'expertise, de discussion absolument nécessaire. Mais si un Haut Conseil de l'âge est créé demain, il n'est pas impossible que les missions des uns et des autres doivent être précisées.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente et rapporteure. Comme l'ont montré toutes nos auditions, la CNSA est devenue un acteur incontournable, compte tenu des évolutions en matière de vieillissement et de handicap. Reste la question des systèmes d'information, comme vous l'avez souligné. Merci beaucoup pour votre contribution.

La séance est levée à dix-huit heures quarante-cinq.