

ATELIER GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Synthèse des travaux de l'atelier

Co-présidents :

- Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, députée de l'Eure
- M. Benjamin Ferras

Rapporteur : M. Jérémie Fournel, membre de l'IGAS

Travaux de l'atelier Gouvernance et pilotage

Organisation des travaux de l'atelier

L'atelier « Gouvernance et pilotage » s'est réuni à cinq reprises entre octobre 2018 et janvier 2019. Outre ces cinq séances de travail, qui ont donné lieu à des auditions d'experts et praticiens et à la discussion en séance de documents préparés par la co-présidence et le rapporteur, des auditions ont été organisées. La liste des membres de l'atelier et des personnes auditionnées figure en p.3 du présent document.

Les réflexions de l'atelier ont été menées simultanément à celles des autres ateliers de la concertation chargés d'apprécier dans le détail chaque volet de la politique conduite. Dans ce contexte, l'atelier, s'il a défini des cibles et des principes de pilotage et de gouvernance concernant les différents aspects de la politique conduite, a – dans toute la mesure du possible - pris en compte les orientations retenues par les autres ateliers.

Les travaux de l'atelier se sont organisés en trois phases :

1. Une première phase visant à établir un diagnostic partagé des forces et faiblesses de la gouvernance et du pilotage actuels, tant au niveau national qu'au niveau local. Les deux premières séances de travail ont également permis d'interroger la notion de risque social et de cinquième risque.
2. Une deuxième phase a consisté à définir les objectifs et principes d'action de la future réforme, socle sur lequel construire la gouvernance et le pilotage futurs et le système institutionnel en découlant. Un document commun présentant le diagnostic partagé, les objectifs prioritaires d'une réforme de la gouvernance et du pilotage de la politique du grand âge et les premières pistes d'action a notamment été construit à partir des contributions des membres de l'atelier. Il présente les constats, objectifs et priorités d'action par grands champs de la politique du grand âge, en partant des besoins de la personne en proximité pour remonter vers les dispositifs de pilotage national.
3. Une troisième phase a consisté à discuter de scénarios institutionnels identifiés à partir des contributions des membres de l'atelier. Sept scénarios ont ainsi été définis. Leurs forces faiblesses et risques associés ont été précisément documentés.

Présentation des travaux de l'atelier

Le présent document constitue une production commune aux membres de l'atelier, soumise à l'approbation de ces derniers et reflétant par conséquent un point d'équilibre des discussions tenues dans le cadre de l'atelier. Il rassemble les différentes productions de l'atelier :

- La liste des membres de l'atelier et des personnes auditionnées dans le cadre de ses travaux ;
- Les comptes-rendus des quatre premières séances d'atelier ;
- Les documents discutés en séance et élaborés à partir des contributions des membres de l'atelier.

En parallèle, une note des co-présidents restituée, à l'issue de ces cinq séances de travail, les convictions des deux coprésidents concernant la gouvernance et le pilotage des politiques du grand âge. Contrairement au présent document, cette note n'engage que les co-présidents.

ATELIER GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Co-présidence

Co-président : M. Benjamin Ferras, membre de l'inspection générale des affaires sociales

Co-présidente : Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, députée de l'Eure

Rapporteur : M. Jérémy Fournel, membre de l'inspection générale des affaires sociales

Liste des membres

M. Bruno Anquetil, directeur du centre hospitalier de la Risle et de l'EHPAD de Beuzeville (27)

M. David Bethoux, adjoint au chef de bureau, DGOS

M. Jean-Guillaume Bretenoux, sous-directeur, DGCS

Mme Marie Chanchole, sous-directrice, direction du budget

M. Olivier Daudu, directeur de SPASAD, UNA

Mme Frédérique Garlaud, CNAV

M. Stéphane Holé, directeur de la CPAM de l'Eure

M. Michel Laforcade, directeur général, ARS Nouvelle-Aquitaine

M. Frédéric Laloue, directeur adjoint, CNSA

Mme Clarisse Molina, FHF

Mme Anne Moutel-Seiller, CNAM

M. Luc Pavot, directeur d'EHPAD, FEHAP

M. Olivier Richefou, Président, Conseil départemental de la Mayenne

M. Jean-Pierre Riso, président, FNADEPA

M. Patrick Risselin, SGMAS

M. Jean-Philippe Vallat, direction des politiques et actions familiales, UNAF

M. Benjamin Voisin, directeur général adjoint, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Liste des personnes auditionnées

M. Yann Caussin, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Mme Elodie Clair, directrice générale adjointe, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Mme Perrine Germain, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

M. Giorgios Gounaris, responsable du service Allocation de ressources et contractualisation, ARS Hauts-de-France

Mme Katia Julienne, directrice, Haute autorité de santé

M. Francis Kessler, maître de conférences, Ecole de droit de la Sorbonne

Mme Julie Micheau, directrice scientifique, CNSA

Mme Marie-Anne Montchamp, présidente, Conseil de la CNSA

M. Denis Piveteau, Conseil d'Etat

Mme Adeline Rouzier, directrice de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

ATELIER GOUVERNANCE ET PILOTAGE – COMPTE-RENDU DE LA PREMIERE SEANCE DU 10 OCTOBRE 2018

Absences : M. Olivier Richefou, M. Olivier Daudu.

Cadrage général des travaux de l'atelier

Cet atelier doit définir pour mi-janvier des scénarii de gouvernance, reposant ou non sur la création d'un cinquième risque de la sécurité sociale. La future gouvernance, définie à la fois au niveau national et local, devra avoir pour objectif de clarifier l'intervention publique pour la personne elle-même. Il s'agit d'associer à une réponse monétaire une réponse organisationnelle à travers de meilleurs services rendus à la personne.

Deux impératifs doivent être pris en compte :

- Sécuriser pour l'avenir le fait que le sujet sera porté par la collectivité nationale de façon forte pour assurer un traitement équitable et cohérent de la perte d'autonomie de la personne âgée ;
- Répondre à une double exigence d'équité et d'innovation, et pour cela articuler une logique de proximité sur les territoires avec un cadre d'action national homogène et simplifié.

Points forts

L'atelier souligne les progrès considérables accomplis depuis près de vingt ans dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, regrettant leur faible visibilité :

- Développement et diversification de l'offre médico-sociale : le nombre de places en hébergement et soins à domicile pour personnes âgées a augmenté de 28% entre 2007 et 2017 ;
- Forte augmentation des moyens attribués à l'offre médico-sociale : la dotation moyenne par place sur la section soins en EHPAD a progressé de plus de 1000 € passant de 11 782 € à 12 782 € entre 2007 et 2017) ;
- Mise en place des prestations individualisées de compensation de la perte d'autonomie (1,2 millions de bénéficiaires de l'APA), avec une amélioration de la prise en compte de l'environnement de la personne dans le plan d'aide ;
- Forte augmentation de l'accompagnement à domicile, unification du régime des SAAD, essor du nombre de places d'accueil de jour, développement de solutions de répit ;
- Initiatives en faveur du décloisonnement et de la coordination des acteurs (MAIA, SPASAD, PAERPA) ;
- Amélioration de l'information avec le portail pourlespersonnesagees.gouv.fr : 350 000 visites par mois, comparateur officiel des restes à charge en EHPAD, affichage des prix des résidences autonomie.

Une caisse nationale, la CNSA, qui n'est pas une caisse de sécurité sociale mais est reconnue comme un acteur légitime par le secteur médico-social. Son modèle de gouvernance *sui generis* est adapté à une politique reposant sur des Conseils départementaux à la légitimité électorale. La CNSA s'est vue confier un nombre croissant de missions par les textes successifs. La création de la CNSA a permis de clarifier la responsabilité du pilotage national à travers une fonction de caisse nationale unique, de péréquation interdépartementale et d'expertise technique. La CNSA met notamment en œuvre un conventionnement avec les Conseils départementaux, prévu par le CASF (art. L 14-10-7-2), qui permet de faire valoir les priorités nationales.

Acteurs de proximité, les Conseils départementaux ont pleinement participé à cette montée en puissance, en articulant logement, urbanisme, citoyenneté, culture, dans une approche populationnelle. La centralité du département dans la politique de la personne âgée a été confortée par la loi ASV. Il dispose de plusieurs atouts :

- La maille départementale est suffisamment large pour bénéficier de moyens d'ingénierie et pour assurer une péréquation entre centres urbains, zones périurbaines et territoires ruraux ;
- La maille départementale est suffisamment resserrée pour permettre une évaluation des besoins au plus près de la personne, et conduire une politique de proximité ;
- Le département intègre les politiques sociales, notamment handicap et vieillissement.

Points faibles

La répartition de l'offre médico-sociale sur le territoire est inégale (entre départements, de 54 à 194 places en ESMS pour 1000 individus de 75 ans et plus). Or le rôle de financeur des Conseils départementaux rend caduques les tentatives de réaffectation des places au niveau supra-départemental par les ARS. La redistribution des moyens entre départements est complexifiée par une gouvernance locale à deux têtes.

De fortes disparités territoriales sont constatées d'un département à l'autre dans l'accès aux droits et dans le niveau des prestations : la gestion décentralisée des prestations implique de fortes différences de pratiques entre départements, que la CNSA ne parvient pas à résorber (forts écarts de dépense moyenne par bénéficiaire de l'APA entre les départements par exemple, format et pratiques des équipes médico-sociales différents, absence de SI dédié à l'APA permettant un accès automatisé aux données de ressource). Par ailleurs, les pratiques de conventionnement entre acteurs (intégration des points d'entrée, reconnaissance mutuelle des évaluations entre Conseil départemental et réseau de la branche vieillesse notamment) varient fortement d'un département à l'autre. Enfin, en dépit de l'effort de péréquation, la disparité des situations financière conduit à des inégalités dans le reste à charge (forte variabilité des niveaux de solvabilisation des SAAD et règles d'ASH, notamment en matière de recours aux obligés alimentaires).

Des incertitudes, un manque de lisibilité pour le public (identification du décideur, du financeur, de l'opérateur, du niveau de participation de la personne) et une difficulté à prévenir les ruptures de parcours ressortent. En l'absence de réseau d'agence propre à la CNSA, et parallèlement à l'exercice de la compétence de définition, de mise en œuvre et de coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées reconnue aux Conseils départementaux par le CASF, les points d'entrée pour la personne âgée sont multiples. Par exemple, les dispositifs d'évaluation des besoins de la personne âgée sont nombreux, et pilotés par les Départements (grille AGGIR, CLIC), les ARS ou les pilotes opérationnels identifiés par celles-ci (MAIA, PAERPA, réseaux de santé) les CPAM (PRADO) ou les CARSAT (ARDH). Les critères d'orientation vers tel ou tel acteur de la prise en charge peuvent manquer de clarté pour l'usager : par exemple, alors que les caisses de retraite sont compétentes pour les GIR 5 et 6, une personne âgée de GIR 5 ou 6 bénéficiaire de l'ASPA est prise en charge par le Conseil départemental, qui n'a pas nécessairement développé d'outils spécifiques pour ces publics.

Un déficit démocratique apparaît dans la mesure où la complexité des circuits de financement ne permet pas de proposer une information financière claire pour alimenter le débat démocratique. Une question de gouvernance financière se pose, dans la mesure où l'effort public en faveur des personnes âgées est dispersé entre différents documents financiers, correspondant aux différentes ressources (ONDAM, ressources propres de la CNSA, finances départementales, budget de l'Etat).

La fragilité du pilotage, à la fois au niveau national et local, ne permet pas de répondre à une forte attente d'égalité de traitement, d'amélioration de la qualité du service rendu et de coordination des différentes réponses :

- Au niveau national, le caractère composite de la dépense et des recettes publiques fléchées vers la perte d'autonomie des personnes âgées ne permet pas un pilotage unifié de l'effort public. En l'absence d'agrégat clair sur un périmètre de dépense stabilisé, et en raison du grand nombre de financeurs, le pilotage financier global est affaibli ;
- Au niveau local, le pilotage bicéphale ARS/département¹ complexifie le travail de transformation de l'offre et le nécessaire renforcement des réponses coordonnées sur un territoire. Par construction le partage des

¹ La complexité ne se limitant pas à l'articulation entre ARS et Conseil départemental : caisses de sécurité sociale, communes, intercommunalités interviennent également.

compétences d'autorisation, de planification et de tarification entre la CNSA, via les ARS, et les Départements, engendre des coûts de coordination et potentiellement une allocation sous-optimale des ressources à l'échelle supra-départementale.

La complexité de gestion des établissements, pour les établissements et pour les financeurs, est réelle. De nombreux acteurs soulignent la complexité inhérente à la prise en charge en établissement avec trois sections tarifaires et deux autorités de tarification. En outre, au niveau des services à domicile, la multiplicité des régimes (SAAD, SSIAD, SPASAD) et la double régulation ARS/département empêchent de procéder à une intégration de l'offre à travers la mise en place de plateformes associant établissement et domicile. Enfin, la complexité actuelle peut freiner les initiatives de mutualisation de moyens que portent les acteurs de terrain. Elle explique également la complexité de la mise en œuvre de SI interfaçables entre CNSA, assurance maladie, mutuelles, Conseils départementaux. L'intervention de nombreux acteurs et leur difficile coordination porte préjudice à la fluidité des parcours.

Le portage de la politique de prévention de la perte d'autonomie est mal identifié, tant au niveau national que régional. Les conférences des financeurs, mises en place par la loi ASV, permettent de coordonner les interventions des différents financeurs de la prévention, mais reçoivent un accueil mitigé : complexité de la mobilisation des crédits spécifiques, absence de pérennité des crédits d'ingénierie, plus-value parfois contestée, maintien de programmes de prévention en silos, difficulté pour de petites structures à se saisir des appels à projet.

Synthèse des échanges

L'organisation actuelle résulte de la superposition d'acteurs et de financements. Elle reflète une tension forte entre une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée, organisée localement au plus près des besoins de la personne âgée.

Les conséquences de cette construction par sédimentation de la politique publique du grand âge sont multiples :

- Un fort sentiment de complexité et une grande difficulté pour les personnes âgées, leurs familles et leurs aidants, à s'orienter dans les dispositifs publics d'accompagnement et de soin, à identifier les interlocuteurs pertinents, et à bénéficier d'un service continu sans rupture de parcours ;
- Un chevauchement de compétences au niveau local entre ARS et Conseil départementaux au premier chef². Les membres de l'atelier s'entendent pour considérer que cette logique de gouvernance bicéphale est aujourd'hui à bout de souffle et ne permettra pas d'absorber la montée en puissance de l'effort public en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Une inégalité de traitement entre les personnes âgées, d'un département à l'autre, du fait de l'hétérogénéité des pratiques des départements et de la difficulté à restructurer l'offre d'accueil des personnes âgées au niveau régional ou national, difficulté inhérente à une gestion décentralisée ;
- Une incapacité du régulateur public à assurer des standards de qualité suffisamment élevés, étant donnée la complexité du pilotage des établissements et services ;
- Une réelle difficulté à mesurer l'effort public globalement consenti par la nation, à organiser un débat démocratique autour de l'évolution de cet effort public, et partant à évaluer l'évolution de cet effort dans le temps. Les membres de l'atelier s'entendent pour considérer que l'intensification de l'effort public intervenue depuis les années 1990, et la forte augmentation des moyens consacrés, sont de ce fait imperceptibles aujourd'hui.
- Une quasi-impossibilité d'évaluer les mesures prises, tant en raison des faiblesses des systèmes d'information que de l'absence d'organisation structurée et pérenne de ces démarches d'évaluation.

Ces faiblesses de la gouvernance actuelle en matière de lisibilité de l'intervention publique, d'équité, de qualité du service et d'évaluation des politiques publiques contrastent avec une attente forte des usagers en matière de qualité et de transparence de la prestation.

Axes prioritaires de travail de l'atelier

L'atelier doit proposer des scénarii permettant de résoudre la complexité actuelle et d'en atténuer les conséquences. Les objectifs de la future gouvernance doivent être :

- Un pilotage de l'offre et des opérateurs permettant d'offrir des garanties de qualité du service rendu et d'efficacité globale du dispositif d'aide et de soin à la personne âgée ;
- L'égalité de traitement de la personne âgée, en tout point du territoire, associée à une prise en charge de proximité ;
- Le maintien d'une capacité d'innovation aux territoires ;
- La simplification de la relation avec l'utilisateur ;
- Le portage clair d'une politique de prévention ;
- Un renforcement de la capacité du système à évaluer les actions conduites, à se doter d'objectifs, d'indicateurs et d'un système de remontée de données ;
- L'information claire du contribuable et du citoyen à travers une intégration du pilotage globale des fonds publics dans les textes financiers.

Dans la perspective d'un accroissement probable de l'effort public en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, l'atelier aura à traiter de questions structurantes :

- Etant données les projections de hausse de la population âgée en perte d'autonomie, le risque financier doit-il continuer à peser sur les collectivités locales ?
- S'il s'avère nécessaire de progresser vers un tarif unique des ESMS, doit-il s'agir du Conseil départemental ou de l'ARS ?
- Quel pilotage national ? Faut-il repenser le pilotage actuellement exercé par la CNSA ? Quel niveau d'intégration dans les textes financiers, et quel débat parlementaire autour de la perte d'autonomie des personnes âgées ?
- Faut-il séparer le prescripteur et le financeur ? Qui aura en charge l'évaluation des besoins ?
- Faut-il séparer l'acteur chargé de la prévention de l'acteur chargé de la réparation ? La distinction actuelle peut-elle être améliorée ?

Organisation des travaux en vue de la prochaine séance

La prochaine séance de l'atelier se tiendra le jeudi 8 novembre à 14h15, salle 7275. Elle démarrera par une double intervention de Francis Kessler, maître de conférences à l'École de droit de la Sorbonne, et de Denis Piveteau, conseiller d'Etat, sur la notion de cinquième risque. Un deuxième temps sera consacré à l'audition d'équipes de tarification de Conseil départemental d'une part, et d'ARS d'autre part (en cours de programmation). Cette séance de brainstorming entendra poser les premiers jalons d'une évolution du système. La co-présidence insiste sur la nécessité de ne pas se projeter dès à présent dans un scénario unique, mais de travailler différents scénarii.

Les co-présidences des autres ateliers vont par ailleurs être démarchées afin d'identifier les points soulevés lors de leurs réunions et pouvant alimenter les travaux de l'atelier gouvernance et pilotage.

Les membres de l'atelier demandent une meilleure connaissance du périmètre des dépenses : la mission fournira ces éléments en s'appuyant sur la présentation de la DREES à l'occasion des travaux de l'atelier Nouveaux financements.

Il est demandé aux participants de l'atelier, pour la prochaine séance :

- De faire remonter leurs scénarii d'évolution de la gouvernance et du pilotage à partir d'un questionnaire fourni par la co-présidence. Les contributions sont à adresser au rapporteur de l'atelier. Elles sont attendues au plus tard le 30 octobre ;
- De transmettre leurs propositions d'auditions à la co-présidence et au rapporteur de l'atelier.

ATELIER GOUVERNANCE ET PILOTAGE – COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DU 8 NOVEMBRE 2018

Absences : M. David Bethoux (DGOS), M. Olivier Daudu, M. Stéphane Holé, M. Luc Pavot, M. Olivier Richefou, M. Jean-Philippe Vallat (remplacé)

Intervenants :

- M. Francis Kessler, maître de conférences habilité à diriger des recherches, Ecole de droit de la Sorbonne
- M. Denis Piveteau, conseiller d'Etat
- M. Giorgios Gounaris, ARS Hauts-de-France
- Mme Elodie Clair, Mme Adeline Rouzier, Mme Perrine Germain, M. Yann Caussin : Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Que recouvre le concept de risque social ? La perte d'autonomie de la personne âgée est-elle un risque social comme un autre ? Intervention de M. Francis Kessler

Un risque social se définit par la combinaison de trois éléments :

- Le risque est attaché à une personne, et non à un bien ;
- Le risque s'exprime en unités monétaires : il entraîne une perte de revenus ou une création de charges pesant sur les personnes ;
- La nécessité d'agir pour se prémunir contre ce risque fait l'objet d'une prise de conscience collective. Un processus socio-historique aboutit à l'activation d'un mécanisme de solidarité collective qui permet de ne pas laisser l'individu seul face à telle ou telle situation.

La « dépendance » est un risque social aujourd'hui, ce qui constitue un fait récent, situé historiquement avec l'affaiblissement des solidarités familiales dans la prise en charge de la personne âgée. Le rapport de Maurice Arreckx de 1979³ est un moment déterminant dans la construction de ce risque.

Mais si la « dépendance » constitue un risque, la réponse française n'a pas été définie de façon univoque et stabilisée, parmi les grandes catégories de réponses apportées aux risques sociaux :

- La solidarité familiale joue encore un rôle majeur, avec près de 4 millions d'aidants, dans 80% des cas issus de la famille proche de la personne ;
- Charité et philanthropie sont peu sollicitées mais ces "techniques" sont probablement peu efficaces et pour le moins insuffisantes ;
- L'assurance privée pose problème car elle repose sur un calcul de probabilité de réalisation du risque. Or les assureurs ne disposent pas du recul statistique nécessaire pour effectuer ce calcul, et ce calcul est *de facto* particulièrement complexe en raison des origines multifactorielles de la dépendance (fracture, maladie neurodégénérative, etc.) ;
- L'assurance sociale présente des avantages : cotisations fonction des capacités contributives et définies par la loi, dans une logique de solidarité (prestations non contributives) permettant de mutualiser les risques. Mais l'assurance sociale bismarckienne est pour financement liée à l'emploi, ce serait un financement des actifs vers les retraités ;

³ Maurice Arreckx, « L'Amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes », 1979

- Les techniques de droit fiscal sont également utilisées : soit levée d'un impôt affecté à une dépense, soit incitations et exonérations fiscales favorisant la couverture individuelle ;
- L'aide sociale repose sur un financement par l'impôt local et est soumis à une condition de ressource (soit dans une logique binaire, soit à travers l'ajustement de la prestation au niveau de revenus).

Les grands choix faits en France à la lumière des situations d'autres pays européens :

- Régimes de prise en charge distincts de part et d'autre de la barrière des 60 ans. Une prise en charge unifiée des situations de dépendance, indépendante de l'âge est pourtant possible et a été mise en œuvre pendant de nombreuses années aux Pays-Bas, avec un financement par l'impôt ;
- Politique gérée par les Conseils départementaux, alors que le débat autour de la constitution d'un cinquième risque de la sécurité sociale existe depuis le rapport Braun-Stourm de 1988⁴, qui proposait la création d'une assurance sociale financée par des cotisations assises sur des revenus professionnels. D'autres choix étaient possibles :
 - o Allemagne et Luxembourg ont ainsi rattaché la prise en charge de ce risque à l'assurance maladie, en partant du principe que la cause de la dépendance est avant tout médicale. Les médecins-conseil des caisses d'assurance maladie, qui traitent également de la prise en charge de l'invalidité, sont les évaluateurs (équivalent des équipes médico-sociales françaises). Une cotisation spécifique est créée.
 - o En Suède, la prise en charge est organisée par les communes, et une offre spécifique pour les personnes âgées s'est développée en marge de l'offre sanitaire.

Francis Kessler estime hasardeux ou difficile de revenir sur ces grands choix structurants effectués en France même s'il avoue regretter que l'on n'ait pas fait le choix d'une assurance sociale dépendance couplée à l'assurance maladie.

Principales réactions de l'atelier :

- La CNAV fait valoir la cohérence d'une unification de la gestion du risque de perte d'autonomie liée au grand âge et de la gestion du risque vieillesse, ajoutant que la branche vieillesse dispose aujourd'hui d'un réseau et accompagne les GIR 5 et 6 à domicile. Francis Kessler estime que contrairement à la « dépendance », la retraite vient compenser une perte de revenus et non une charge nouvelle : les caisses de retraite ne seraient par conséquent pas outillées pour servir ce qui à l'heure actuelle relève de la prestation d'aide sociale. Il ajoute que l'évaluation de la santé de la personne, qui déclenche la prise en charge, ne relève pas *a priori* des caisses de retraite mais de l'assurance maladie surtout si celle-ci s'intéresse un peu plus à la prévention qu'elle ne le fait aujourd'hui. L'action sociale de la CNAV est utile mais ce n'est pas la fonction d'une assurance vieillesse de gérer ou d'être financeur de la dépendance
- L'atelier s'entend sur le fait que la gouvernance d'un risque repose à la fois sur le service de la prestation et sur l'organisation de l'offre de prise en charge. De ce fait, cette gouvernance n'est jamais pleinement unifiée car aucun acteur ne dispose de l'ensemble des leviers. Francis Kessler rappelle l'expérience britannique des *community managers* organisant une coordination des acteurs de l'accompagnement et du soin autour de la personne.
- La gestion décentralisée d'une aide sociale ne repose pas nécessairement sur un financement par l'impôt local. Des mécanismes de péréquation peuvent permettre d'assurer une égalité de traitement.

Evolutions futures de la gestion du risque de perte d'autonomie de la personne âgée - Intervention de M. Denis Piveteau

Cette intervention prend le présupposé de l'existence à terme d'une protection solidaire, reposant sur un mécanisme adossé à un dispositif public substantiel. La principale difficulté de la réflexion sur la gouvernance réside dans la nécessité de construire des outils d'intervention financière plus homogènes, tout en préservant les souplesses de l'aide sociale. La réflexion sur l'organisation future de la gestion du risque de perte d'autonomie de la personne âgée doit articuler deux grands enjeux :

- Le lien étroit entre la gestion du risque de perte d'autonomie de la personne âgée et la gestion du risque maladie doit être renouvelé. Ce lien historique s'est distendu, il faut revenir sur cette distance ;
- On ne peut pas raisonner comme si on gérait simplement des prestations. La perte d'autonomie ce sont les gestes de la vie quotidienne et la participation à la vie sociale. Il y a une problématique d'exclusion, de maintien de la relation sociale qui justifie une logique d'aide sociale et de personnalisation de la prestation.

1. Une logique d'articulation étroite avec le secteur sanitaire et l'assurance maladie

Le HCAAM en 2011 a décomposé les besoins d'une personne âgée en perte d'autonomie en trois catégories : protection de la santé, accompagnement de la perte d'autonomie, et couverture d'autres besoins de vie (cf. schéma joint). Cette classification met en évidence la forte intersection entre le risque maladie et le risque de perte d'autonomie de la personne âgée. L'accompagnement de la perte d'autonomie se glisse en quelque sorte entre la réponse au risque maladie et la réponse à quantité d'autres risques (logement, pauvreté, etc.). En particulier, des dépenses d'assurance maladie sont rattachables à la perte d'autonomie (surcoûts, par exemple en lien avec le temps consacré à l'acte ou au transport), tandis que des dépenses spécifiquement liées à la perte d'autonomie sont en réalité des dépenses de soin (soins infirmiers, aides-soignants). Les deux risques sont donc interdépendants, tout comme la qualité de leurs couvertures. Cette adhérence forte a d'autant plus de sens que dès le départ, la protection contre le risque maladie n'a pas été pensée comme une protection contre le risque seul, dans ce cas limitée à la seule prise en charge du soin, mais également comme une protection contre les conséquences de la maladie. L'assurance maladie propose ainsi des prises en charge décorrélées du soin en lui-même (indemnités journalières, pensions d'invalidité). Il est intrinsèque dans la définition de l'assurance maladie de se projeter au-delà du soin au sens strict. Cette logique de construction de la couverture du risque maladie explique que l'assurance maladie est aujourd'hui un financeur massif de la perte d'autonomie.

Faut-il pour autant considérer la perte d'autonomie de la personne âgée comme une des conséquences de la maladie, ou des maladies ? Probablement pas. Malgré la proximité des deux risques, une distinction s'est établie sur un plan théorique ces dix dernières années, qu'il faut conserver. Il semble nécessaire de capitaliser sur le gain conceptuel qui a permis de faire comprendre qu'une personne perdant son autonomie n'est pas forcément malade, et qu'une personne malade n'est pas nécessairement dépendante. Des états peuvent être stabilisés, avec seule nécessité d'accompagner les gestes de la vie quotidienne, sans rapport avec la maladie. Il faut considérer que maladie et perte d'autonomie sont distinctes.

Mais hors de la théorie, sur le plan de l'articulation pratique, existe une superposition qui rend indispensable une très forte unité de pilotage de ce risque et du risque santé. Il est statistiquement établi que les personnes les plus dépendantes sont les plus polyopathologiques. La bonne qualité de prise en charge au titre de la perte d'autonomie est une condition de la qualité du parcours de soin ; la prévention en santé est une composante essentielle de la prévention de la perte d'autonomie, et inversement (nutrition, présence d'infirmière de nuit en EHPAD, etc.). Le parcours de santé peut être rendu inutilement chaotique et coûteux si on n'a pas tous les outils pour mettre en place une prise en charge rapide et efficace de la perte d'autonomie. En somme, la bonne articulation entre santé et perte d'autonomie est une condition de la qualité de prise en charge, et une condition d'efficience de la dépense de santé pour les personnes âgées. C'est un argument fort pour aller vers des règles d'attribution communes et normées (ex. : crédits d'aide sociale aux hôpitaux, prescription de l'APA par des médecins). On rejoint ici des arguments tirés du principe d'égalité, de l'organisation de l'offre, mais par le prisme du parcours. S'il est logique d'avoir des tarifs harmonisés, c'est en considération d'arguments rattachables au principe d'égalité mais aussi parce que le service à domicile concourt au succès du soin. Rien n'interdirait donc d'aller vers une nomenclature, car au fond, les services à domicile est moins hétérogène que les actes médicaux. Or la nomenclature ne concerne aujourd'hui que la partie remboursée par l'assurance maladie, à savoir l'aide technique. Si une nomenclature est introduite, il faudra alors fixer un tarif de référence et un reste à charge, il faudra trouver un équilibre entre dépense réelle, dépense présentée au remboursement et dépense remboursée.

L'assurance maladie participe également à la gestion de l'offre à travers les ARS, et n'est donc pas présente à travers la seule solvabilisation de l'offre. Sur ce sujet, la principale difficulté à résoudre est le double financement par les ARS et les départements. Cet élément constitue une pierre dans le jardin de la bicéphalie entre ARS et départements. Mais au-delà de ce problème, la nécessité pour le régulateur de maîtriser à la fois la solvabilisation et

l'organisation de l'offre est surtout le principal obstacle pour un mécanisme assurantiel privé, dont l'approche reste limitée à la gestion d'une prestation, et qui ne pourrait pas organiser l'offre et le parcours de la personne.

2. Une logique d'aide et d'action sociale qui implique une responsabilisation de l'acteur territorial qui la porte

Sur le plan des conséquences pratiques, il convient donc d'avancer vers des logiques de nomenclatures plus uniformes, de niveaux de remboursement et de prise en charge plus harmonisés, de pilotage administratif plus cohérent. Mais il faut conserver au niveau théorique la nécessité d'articuler cette logique de protection sociale avec une logique d'aide et d'action sociale. On est à cheval entre aide et protection sociale, on doit le rester. Des acteurs de l'aide sociale seront donc toujours présents dans la prise en charge de la personne âgée.

Il existe une vision dépassée de l'aide sociale, qui serait nécessairement l'aide dont le montant dérive d'un certain niveau de revenu, ou l'aide de caractère « alimentaire » dont l'attribution serait par nature soumise à diverses récupérations (sur les débiteurs d'aliments). Cette définition académique ne permet plus aujourd'hui de faire vraiment la différence avec la sécurité sociale, elle comporte trop d'exceptions.

En revanche, l'aide sociale comporte deux caractéristiques qui en font un instrument adapté à l'approche globale que requiert la perte d'autonomie :

- Elle permet de délivrer des prestations en nature au vu d'une approche globale du besoin (on fait un plan global, et on le solvabilise en tout ou partie). La prise en charge se fait sans nomenclature de biens et services remboursables (et donc avec la même souplesse qu'une prestation en espèces). C'est indispensable si l'on veut accompagner la perte d'autonomie dans toutes ses dimensions (aménagement de domicile, besoins de transport, etc.) : car on ne pourra jamais nomenclaturer toutes les facettes d'une vie moins autonome.
- Elle permet d'articuler le légal et l'extra-légal. En aide sociale, on peut majorer les dépenses obligatoires. C'est à la fois une souplesse (l'aide médicale d'Etat perdait son sens si c'était impossible, les projets « d'habitat inclusif » n'auraient, sinon, jamais pu voir le jour, etc.) et une conséquence intrinsèque de ce que la prestation n'est pas un tarif sur une nomenclature, mais la réponse à un « besoin » qu'il faut apprécier.

Toutefois, ces deux aspects présentent les inconvénients de leurs avantages.

S'ils permettent une vision d'ensemble des besoins de la personne – que ne peut garantir, on s'en plaint souvent en matière de protection de la santé, l'addition d'un remboursement d'actes nomenclaturés – ils posent en revanche de sérieux problèmes en termes d'accès aux droits (plus, en tous cas, que le remboursement d'un panier de biens) et d'égalité de traitement. En somme, quand la prestation nomenclaturée garantit l'égalité sur les moyens, la prise en charge d'un plan global vise, elle, une égalité de résultat. Mais avec moins de certitude de l'atteindre et même : avec le parti pris que chaque plan sera différent, et que seule la méthodologie sera (au mieux) répétable d'une situation à une autre.

De même, la faculté de verser des prestations extra-légales pose d'évidents problèmes d'équité et de régulation de cette équité. Ou plutôt : elle rompt volontairement avec le « tout pareil pour tous », au profit de l'engagement d'une responsabilité politique, qui assume les conséquences budgétaires de ses choix et en rend compte devant les électeurs.

3. En résumé

1) Pour mieux faire le lien avec la prise en charge de la santé, pour garantir la continuité du parcours de soins, pour faire de l'aide à l'autonomie des personnes âgées un instrument de performance de la dépense globale de santé, il faut étendre au champ de l'aide à la personne la nomenclature des actes et dispositifs médicaux, et, sans forcément intégrer l'assurance maladie, s'en rapprocher : panier de biens correctement articulé, mêmes prescripteurs et mêmes conditions de prise en charge, régulation nationale des enveloppes, etc.

2) Pour conserver l'acquis des plans d'évaluation globaux, et aussi l'articulation des prestations d'autonomie avec ce qui fait leur sens (l'inclusion sociale effective) et avec les compléments nécessaires en termes d'aménagement de

l'environnement de vie, on doit y ajouter une logique d'aide sociale et conserver un acteur responsable pouvant porter l'accompagnement de la perte d'autonomie sous forme de projet territorial.

Il faut penser un cinquième risque à cheval sur ces deux logiques, et qui sache les combiner. La CNSA pourrait assez naturellement assurer cette hybridation au niveau national.

Les processus de tarification des ESMS – Regards croisés de l'ARS Hauts-de-France et du Conseil départemental des Hauts-de-Seine

1. ARS Hauts-de-France

La présentation de l'ARS Hauts-de-France est annexée au présent compte-rendu.

En préambule, il est précisé que pour les Hauts-de-France la tarification a lieu dans les unités territoriales, mais l'organisation du processus est supervisée par le siège. En particulier, l'ensemble des documents ayant une incidence budgétaire et financière passe par le service central, soit 7000 documents par an.

Le retour d'expérience sur les trois réformes intervenues récemment (réforme tarifaire du forfait « soin » et du forfait « dépendance », réforme de la présentation du cadre budgétaire avec le passage à l'EPRD, réforme de la contractualisation avec la généralisation des CPOM avant le 1^{er} janvier 2022) est globalement positif. La réforme tarifaire objective les tarifs pour se rapprocher au maximum des besoins de l'utilisateur. Le passage d'une tarification au besoin à la tarification à la ressource a dégagé des gains de temps et d'efficacité pour les acteurs et pour le tarificateur (notamment en supprimant la phase contradictoire). La notion de pluriannualité via le CPOM permet de sécuriser l'action des opérateurs.

Néanmoins, trois types de difficultés sont mis en avant :

- Les difficultés inhérentes au calendrier budgétaire. L'EPRD a rallongé le processus d'allocation de ressources, qui peut être retardé en raison des souplesses laissées aux gestionnaires en termes de délais. La réforme n'a pas simplifié le calendrier budgétaire mais a rajouté des étapes, d'autant plus que tous les ESMS ne sont pas passés à l'EPRD.
- Les difficultés inhérentes au cofinancement : Une étanchéité stricte est prévue entre les trois sections tarifaires d'un EHPAD, avec pouvoir donné à l'ARS de réformer toute dépense imputée sur le forfait soin qui n'en relève pas. Cette étanchéité, associée au cofinancement génère un émiettement et un chevauchement des compétences en matière d'allocation de ressources aux EHPAD : nombreux temps de coordination, analyses globales de l'EPRD conduites en parallèle par l'ARS et le Conseil départemental. Dans les Hauts-de-France, l'organisation du travail ARS-Département est relativement fluide, et va jusqu'à la répartition des EPRD entre ARS et CD. Le recours à la préfecture de département pour arrêter les EPRD publics est lourd ; les mesures prises (administration provisoire, etc.) ne sont pas toujours adaptées.
- La disparition de certains leviers d'action. Le CPOM est l'outil privilégié de déclinaison du PRS, mais la possibilité de reprendre une partie des excédents du CPOM lorsque le gestionnaire ne réalise pas ses objectifs est supprimée. Pour les EHPAD le taux d'évolution ne peut plus être modulé. L'ARS a perdu ses marges de manœuvre.

2. Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Les équipes du CD92 mettent en avant la valeur ajoutée du Conseil départemental :

- Connaissance fine du public et du parcours usager

- Forte capacité d'accompagnement car le CD connaît l'utilisateur, est chef de file sur l'action sociale et l'insertion ;
- Le Département peut être ensemble, dès lors que les évaluations sont mutuellement reconnues avec les caisses de retraite : présidence de la conférence des financeurs, lien établissement-domicile.

Parmi les difficultés retenues :

- Difficultés d'accès aux données personnelles nécessaires pour activer le retour sur succession (notamment accès au compte bancaire et données de l'administration fiscale), ce qui génère une complexification des démarches et un rallongement des délais ;
- Habilitation à l'aide sociale : sur les établissements habilités 100% devant se moderniser et ayant besoin de recettes supplémentaires sur leur section hébergement, le CD propose un tarif pour les non-bénéficiaires de l'ASH librement fixé par la structure, avec plafond. Une attente forte de simplification est exprimée ;
- La tarification ARS-Département génère des doublons et des travaux redondants ;
- Pour que l'ouverture du droit à l'ASH soit effective, la personne doit être admise dans un établissement. Si la procédure d'admission dure quatre mois, le droit à l'ASH est retardé d'autant.

En réaction, la FHF souligne qu'on assiste à un transfert de charges vers les établissements, de missions non préalablement destinées à l'établissement et qui le sont de fait. L'embolisation des services de traitement des demandes d'ASH dans les CD fait que l'établissement ne sait plus quand la personne arrive si elle est éligible ou non à l'ASH. Les gestionnaires perdent donc un élément-clé de l'équilibre financier de l'établissement. L'établissement va donc examiner les ressources, faire une pré-analyse.

Organisation des travaux en vue de la prochaine séance

La prochaine séance sera organisée comme suit :

- Intervention de Mme Katia Julienne, directrice de la HAS sur le thème du pilotage de et par la qualité ;
- Première restitution synthétique des contributions par grands thèmes, pour commencer un travail sur le diagnostic, les objectifs et principes portés collectivement, les évolutions éventuelles et difficultés.

Pour la quatrième séance (16 janvier), des scénarii de gouvernance seront documentés sur la base des travaux par thèmes réalisés le 5 décembre.

Un deuxième mouvement de contributions est proposé en vue de la prochaine séance, pour les membres de l'atelier qui n'ont pas encore contribué. Par ailleurs, il est proposé à l'ensemble des membres de l'atelier de contribuer sur des thèmes moins traités jusqu'à présent, d'ici au 23 novembre :

- Gouvernance financière, débat parlementaire, information du citoyen ;
- Etudes, recherche, évaluation : efficacité du système, y compris de la gouvernance elle-même ;
- Pilotage stratégique du secteur sur le volet SI et RH (attractivité notamment) ;
- Pilotage de et par la qualité (inspection-contrôle-certification) ;
- *Front office* unifié et simplifié pour l'utilisateur.

La co-présidence de l'atelier réalisera les auditions suivantes, et communiquera aux membres de l'atelier des comptes-rendus des auditions :

- DREES : M. Patrick Aubert et Mme Lucie Gonzalez
- CNSA : Mme Julie Micheau, directrice scientifique de la CNSA
- Mme Marie-Anne Montchamp, présidente du Conseil de la CNSA

PROCHAINE REUNION : JEUDI 5 DECEMBRE A 14H30, 14 AVENUE DUQUESNE, SALLE 7275.

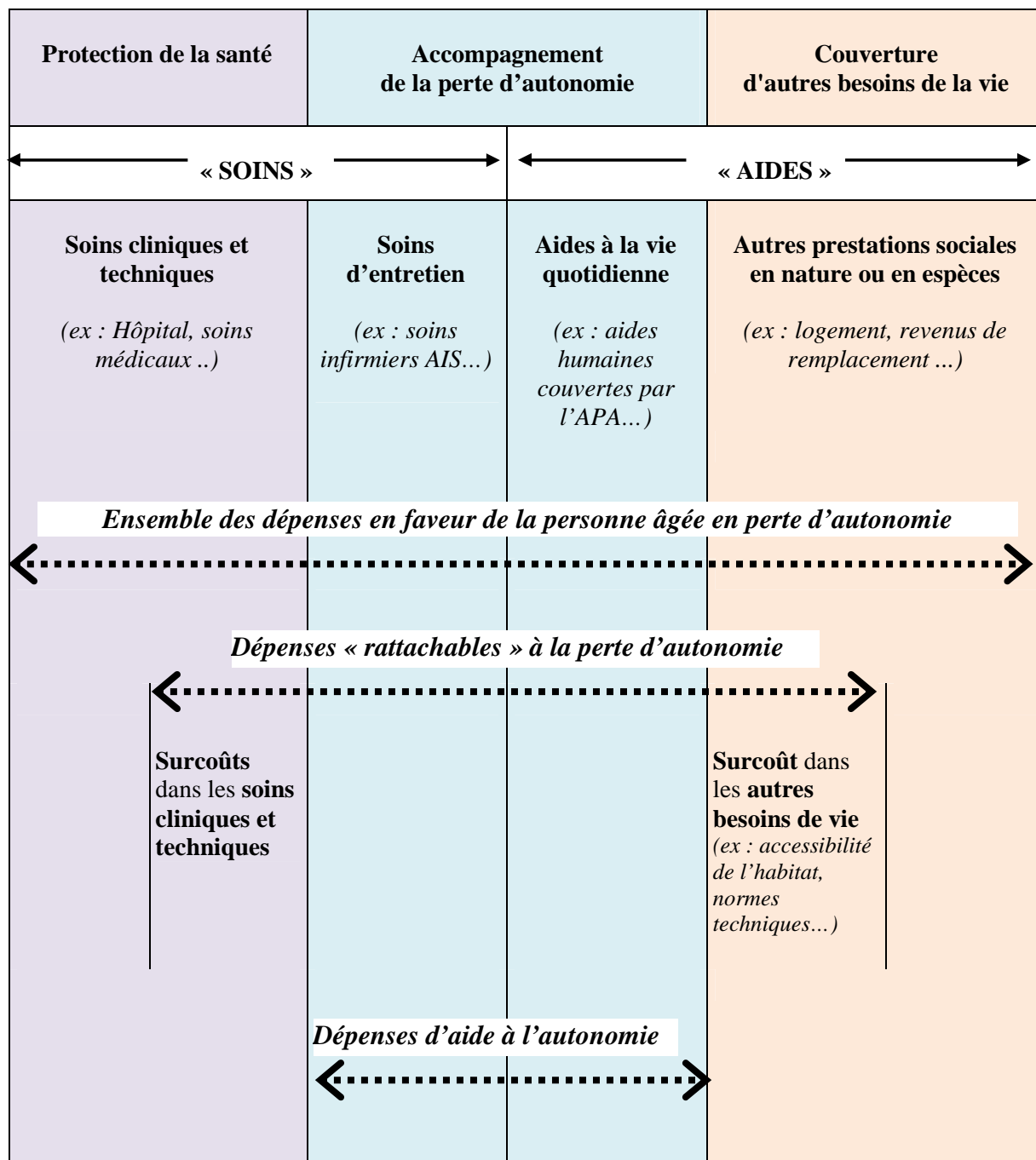
L'ensemble peut se résumer sur le schéma suivant qui conduit à bien distinguer, lorsqu'une personne est privée d'autonomie :

- Trois grands champs de solidarité

Aux deux ensembles qui valent pour tout individu – la *protection de la santé* et la *couverture d'autres besoins de la vie* – s'ajoute *l'accompagnement de la perte d'autonomie*)

- Trois ensembles de dépenses

(Les dépenses proprement qualifiables *d'aide à l'autonomie* n'étant qu'une partie des dépenses totales de solidarité)



ATELIER GOUVERNANCE – COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DU 5 DECEMBRE 2018

Absences : M. Olivier Daudu, M. David Bethoux, M. Olivier Richefou, M. Jean-Philippe Vallat

Rôle de la Haute autorité de santé dans le pilotage de la qualité (Mme Katia Julienne, directrice de la HAS)

La HAS a repris en avril 2018 les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Une commission réglementée de la HAS (Commission chargée du social et du médico-social, CSMS) a été créée par décret en juin 2018. Il est souligné en préambule que le pilotage de la qualité repose à la fois sur les pratiques d'évaluation mais également sur la création d'un lien entre des critères de qualité et l'allocation des ressources aux établissements et services. Ce sujet est traité en premier lieu dans l'atelier « offre de demain ».

1. Le système d'évaluation encadré par la loi de 2002 est inachevé et doit être révisé

Les dispositifs d'évaluation des EHPAD mis en place depuis une vingtaine d'années entendaient favoriser la diffusion d'une culture de la qualité et de l'évaluation dans les ESMS pour personnes âgées. L'atelier estime que le système est aujourd'hui inachevé et doit être profondément revu. Le secteur médico-social est prêt à accepter des règles d'évaluation rigoureuses et transparentes, mais tenant compte des spécificités du secteur, notamment du fait que les établissements sont des lieux de vie et non exclusivement des lieux de soin. Le fort enjeu de l'évaluation de la qualité des interventions au domicile des personnes est souligné, ce secteur étant peu accoutumé aux pratiques d'évaluation.

Les faiblesses de l'évaluation sont documentées et bien connues, notamment suite au rapport de l'IGAS de 2017 et au rapport d'Annie Vidal de juin 2018. Les principales faiblesses sont :

- L'absence de référentiel national d'évaluation ;
- L'impossibilité de comparer les rapports, et leur caractère très technique, qui rend impossible la publicité des résultats des évaluations ;
- La sélection des organismes habilités à réaliser les évaluations se fait sur des critères administratifs ; elle est particulièrement souple, et explique la forte hétérogénéité des pratiques d'un organisme à l'autre ;
- L'existence d'un lien contractuel et financier entre l'organisme évaluateur et l'établissement évalué ;
- Le caractère très chronophage du dispositif de double évaluation (interne et externe) ;
- Le fait que l'évaluation relève plus aujourd'hui d'une démarche de jugement que d'une démarche d'accompagnement vers la qualité (le lien entre évaluation et autorisation pourrait dans ce cadre être interrogé).

Des améliorations doivent donc être apportées pour davantage de simplicité, d'objectivité, de débouchés sur la qualité du service rendu à la personne. La HAS propose donc de renforcer le cadre existant à travers :

- La mise en place d'un référentiel national d'évaluation, élaboré par la HAS, comportant une partie-socle pour tous les ESMS et des volets spécifiques par secteur (EHPAD, ESAT, MAS/FAM, etc.). Les réflexions démarrent, le référentiel sera propre au médico-social et ne reproduira pas les références du champ sanitaire. Pour les EHPAD rattachés à des centres hospitaliers, la dichotomie entre certification de l'établissement sanitaire et évaluation de l'établissement médico-social devrait perdurer ;

- Le renforcement de la sélection des évaluateurs, en ajoutant des critères de compétences fixés par la HAS pour l'étape d'habilitation des organismes évaluateurs, en fixant une norme de construction des rapports d'évaluation qui permettrait de les rendre comparables, et en mettant fin au lien contractuel et financier direct entre évaluateur et évalué (mise en place d'un tiers collecteur par exemple).
- La réduction des cycles d'évaluation à cinq ans, et la fusion de l'évaluation interne et externe afin de réduire la charge de travail liée à l'évaluation à proprement parler, aujourd'hui trop lourde et chronophage. Cela permettrait également de mieux relier les évaluations au contenu des CPOM afin de s'assurer que l'évaluation débouche sur des améliorations qualitatives pour la personne.

2. Autres points soulevés

Concernant les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), la HAS est compétente pour tous les secteurs professionnels et relève le faible nombre d'EIGS déclarés dans le secteur médico-social (50 reçus entre mars 2017 et mars 2018, soit 17% du total tous secteurs confondus). L'enjeu du soutien aux établissements engagés dans les démarches de déclaration et de diffusion du dispositif est fort. A noter que la procédure de remontée des signalements pourrait être revue dans le cadre des travaux de la commission présidée par Denis Piveteau.

Concernant le recueil de la parole des résidents en EHPAD, l'extension du dispositif existant pour la médecine-chirurgie-obstétrique aux EHPAD a été annoncée par la ministre. Mais l'EHPAD n'intervient pas uniquement sur le soin, et le questionnaire existant devra être étendu aux aspects non-sanitaires de la prise en charge. Le questionnaire par mail ne sera pas suffisant, et une méthodologie de recueil de la parole doit être imaginée sur les modalités du recueil, la pondération de la parole des professionnels, de la famille et des aidants.

Concernant les recommandations de bonne pratique, la HAS rappelle les chantiers en cours, sur la base des recommandations déjà publiées. Des thématiques spécifiques pour les personnes âgées sont à l'étude, notamment au sujet de l'accès aux soins des résidents en EHPAD. Le renforcement de la diffusion des recommandations (diffusion, lisibilité) et le suivi des parcours à partir d'indicateurs et de données de parcours sont deux priorités. Sur ce dernier sujet, les travaux de recherche sont encore trop rares. Or les recommandations de la HAS, outre les apports de groupes d'experts, se fondent sur des publications scientifiques.

Examen du document de synthèse des contributions écrites

Un document global sur l'état des lieux des contributions a été remis. Il dresse un inventaire, thème par thème. La séance d'atelier permet de relever les manques, les erreurs manifestes, et d'isoler les conséquences en termes de gouvernance : niveau de contrainte, niveau de décision (national ou local). La méthode ne soulève pas d'objections. Le document annexé au présent compte-rendu est validé par l'atelier.

1. Usagers-bénéficiaires

L'atelier s'entend sur le fait que l'approfondissement de l'affirmation d'un droit social pour les personnes et leurs familles nécessite de construire une gouvernance capable de répondre au besoin d'information de la personne, d'accès simplifié à une prise en charge en première intention, de coordination des acteurs tout au long du parcours de la personne. Cette gouvernance devra assurer une plus grande homogénéité de traitement tant pour ce qui concerne les modes d'accès à la prestation (guichet, méthode d'évaluation) que le niveau de la prestation.

Principales remarques sur le support présenté :

- La notion d'information à l'usager et de parcours telles qu'elles sont présentées par le document sont centrées sur le médico-social alors que de fait les acteurs responsables de ces missions pourraient intégrer des réponses sur d'autres champs : sanitaire, mais également aménagement, logement, mobilités. La prise en charge de premier niveau devra intégrer des solutions pour la personne sur un champ large ;
- La mention du portail Bien vieillir doit être ajoutée dans les outils d'information ;
- L'option d'une intégration des démarches proactives de prévention (sur repérage de publics fragiles à partir de croisements de données, notamment de consommation de soins) dans l'accueil de premier niveau doit

être posée. Ce type de repérage permettrait de contourner les effets du déni par les personnes de leur dépendance future ;

- Un droit à l'information pourrait être créé, sous un format (courrier, dématérialisé, etc.) et sur des jalons (50 ans, départ à la retraite, etc.) à imaginer. Ce droit à l'information pourrait être articulé avec une évaluation par le médecin traitant à partir de laquelle se déploierait un accompagnement vers l'ouverture de droits.
- Il sera nécessaire d'identifier au niveau local un chef de file de la coordination des acteurs pour la réponse de premier niveau, de l'information au déclenchement de la prestation. Cela suppose de définir un niveau de contrainte en termes de standardisation de l'information, des modes de coordination, des méthodes d'évaluation des besoins, des barèmes de prestations. La territorialisation doit être équilibrée par une réduction de l'hétérogénéité de traitement.

L'atelier propose le renforcement du niveau de contrainte sur l'évaluation (la réponse restant à déterminer : outils communs, voire reconnaissance mutuelle obligatoire des prestations ou évaluateur unique) et sur le niveau de la prestation et des tarifs. Les acteurs territoriaux sont légitimes pour organiser les portes d'entrées, selon des modalités d'organisation dépendantes des ressources locales des acteurs, mais la définition des droits doit être davantage normée au niveau national.

2. Animation locale du secteur

Principales remarques sur le support présenté :

- La question de l'équité de la répartition des financements entre territoires et de l'ajustement des financements en fonction des dynamiques démographiques et financières des territoires apparaît insuffisamment dans le document ;
- L'allocation des ressources et la tarification sont abordés dans le document par types d'opérateurs (SAAD, EHPAD, SSIAD, etc.), selon une logique de centralisation de la compétence. L'option d'un maintien de la double compétence avec des délégations de gestion (de l'ARS vers le département et/ou du département vers l'ARS) pourrait être envisagée parmi les options possibles. Cette option implique cependant une complexification du pilotage de la dépense, notamment de l'ONDAM. Sa constitutionnalité doit être examinée. Le transfert pourrait être à la carte ou par blocs de compétences homogènes entre territoires. L'expérimentation d'un dispositif analogue de délégation de gestion est prévue pour le secteur des personnes handicapées dans le PLFSS pour 2019 ;
- La FHF défend une articulation forte entre les EHPAD et le secteur sanitaire, y compris au niveau de la gouvernance. La co-présidence rappelle la position concurrente, prise par certains membres de l'atelier, consistant à confier la présidence des EHPAD au Conseil départemental, y compris pour les EHPAD hospitaliers. Les directeurs de structures membres de l'atelier soulignent que les élus départementaux peinent généralement à siéger, le nombre d'établissement étant trop important et les conseils d'administration se tenant généralement à la même période de l'année ;
- Le pilotage de et par la qualité relève d'un aspect régalien. L'atelier estime que les compétences attachées (tarification, autorisation, inspection) doivent être exercées à partir de critères nationaux ;
- Concernant le soutien à l'innovation, la labellisation des innovations et la réduction des redondances entre financements est un préalable à tout élargissement des enveloppes financières dédiées. Il faudrait rappeler la feuille de route Silver Eco en cours d'actualisation. L'option de la création d'un incubateur, ou de l'identification d'un chef de file de l'incubation des innovations, pourrait également figurer dans le document parmi les options possibles. En outre, le financement de l'innovation doit être assis sur des preuves.

3. Pilotage de la politique publique

Principales remarques sur le support présenté :

- Sur les systèmes d'information et de ressources humaines, un pilotage national fort doit être mis en place, avec la possibilité pour les acteurs locaux, notamment les Conseil régionaux, de mettre en place des volets complémentaires. Les chantiers SI doivent être impulsés et normés au niveau national, en imposant une contrainte forte sur les éditeurs ;

- Concernant la prévention (sujet traité par un atelier *ad hoc*), une option pourrait consister en l'identification au niveau national d'un socle d'actions contraint, avec des moyens fléchés, et d'une liberté d'affectation pour le reste des financements de la Conférence des financeurs. A moyen terme, l'évaluation des actions et la valorisation des expériences probantes sont nécessaires. Il est souligné que le caractère territorial et collégial des actions de prévention n'est pas en soi contradictoire avec l'évaluation des actions.

Organisation des travaux en vue de la prochaine séance

Des réactions sur les volets non traités en atelier (9, 10, 12, 13, 14) sont attendues pour le 12 décembre au plus tard.

La séance du 16 janvier est consacrée à la discussion de scénarii de gouvernance.

Une cinquième séance est prévue pour le mercredi 30 janvier de 9h30 à 12h30.

PROCHAINE REUNION : MERCREDI 16 JANVIER, 14h30-17h30, 14 AVENUE DUQUESNE, SALLE 7618

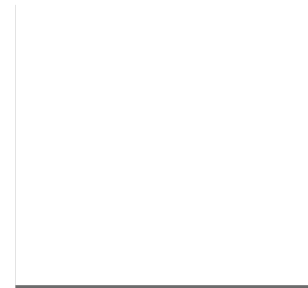


grand âge et autonomie

Atelier 1 – Gouvernance et pilotage – Réunion du 5 décembre 2018

Document de travail

Document de travail diffusé aux membres de l'atelier 1
Document de compte-rendu des échanges du 05/12



Méthode retenue

Les travaux du groupe ont permis de recenser des axes et thèmes clefs

- soit qu'ils constituent une condition pour assurer une gouvernance et un pilotage efficaces ou renforcés...
- soit qu'ils constituent une des dimensions du pilotage et de la gouvernance attendus d'une politique publique d'autonomie des personnes âgées...

Le groupe a convenu, avant d'analyser des scénarios d'évolution de la gouvernance et du pilotage, d'apprécier ces différents axes successivement en

- procédant rapidement à un état des lieux diagnostique de l'existant (forces et faiblesses)...
- déterminant des objectifs et des principes
- identifiant les évolutions envisageables (avantages / difficultés et faisabilité)

⇒ Les éléments ci-après sont issus des travaux en ateliers et des contributions des membres. Ils ne préjugent en aucun cas des conclusions du groupe. Ils sont formalisés ici à titre exploratoire et n'engagent pas l'atelier. Seul le rapport définitif retracera les travaux effectués.

Premières approches

L'orientation retenue par l'atelier 1 consiste à mettre l'utilisateur (entendu au sens large (bénéficiaires, proches, citoyen-contribuable) au centre de la réflexion. L'approche « centrée sur l'utilisateur » doit constituer le point de départ sur l'organisation de la politique publique et de ses modalités de mise en œuvre.

Cette approche ne conduit pas à considérer les questions de pilotage et de gouvernance comme secondaires, mais plutôt à considérer que celles-ci doivent directement contribuer à l'atteinte de cet objectif premier. Dans ce cadre, l'approche institutionnelle est secondaire, elle découle des finalités poursuivies. Mais elle demeure indispensable à la réalisation de ces finalités, en ce qu'elle répond à des attentes, réduit une forme de complexité, fluidifie les parcours, améliore la qualité de la prise en charge, etc..

Premières approches

Par nature, les problématiques de pilotage et de gouvernance sont, pour nombre d'entre elles, tributaires des réflexions conduites par les autres ateliers: par exemple, les évolutions de l'offre, du panier de biens et de services pris en charge, des modes d'allocation des ressources ou encore du financement de la politique devraient trouver leur traduction dans le mode de pilotage et de gouvernance retenu.

Pour autant, l'atelier a entendu couvrir l'ensemble des dimensions du pilotage et la gouvernance, sans renvoyer exclusivement à l'éventuel volet de pilotage et de gouvernance traité par les autres ateliers

L'atelier 1 veille, autant que faire se peut, à prendre connaissance et en compte des réflexions conduites par les autres ateliers... tout en ayant à l'esprit que, dans le cadre de la concertation conduite, il n'a pas pour objet de produire la synthèse des travaux des autres ateliers ou de se limiter à tirer les conséquences en termes de gouvernance et de pilotage de celles-ci... les éventuelles articulations finales entre les travaux ont vocation à être envisagées en dehors de l'atelier n°1, sur la base des rapports produits par chaque atelier...

Premiers éléments de diagnostic et d'état des lieux sur le pilotage et la gouvernance

Les travaux conduits à ce stade par l'atelier mettent en lumière plusieurs éléments (voir CR de la première réunion du 10 octobre 2018)

Des progrès importants: développement et diversification de l'offre médico sociale; hausse des moyens ; mise en place de prestations individualisées ; hausse de l'accompagnement à domicile ; décloisonnement et coordination des acteurs avec le rôle et le positionnement (i) de la CNSA et (ii) des départements.

Des faiblesses demeurent: inégalité de répartition de l'offre ; fortes disparités territoriales en matière de niveaux de prestations et d'accès aux droits ; manque de lisibilité pour le public ; ruptures de parcours ; points d'entrée multiples ; déficit démocratique ; fragilités du pilotage au niveau national (absence de pilotage unifié) et local; complexité de gestion des établissements et des services à domicile ; faible identification du portage de la politique de prévention de la perte d'autonomie ; faible articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire.

Premiers éléments de diagnostic et d'état des lieux sur le pilotage et la gouvernance

Le **diagnostic** est ainsi celui d'un cadre *sui generis* de pilotage et de gouvernance, élaboré au fil du temps mais prédominant : un fort sentiment de complexité ; un chevauchement des compétences entre acteurs ; une inégalité de traitement entre personnes âgées ; difficulté à mesurer l'effort public ; quasi impossibilité à évaluer les actions et la politique.

Les objectifs de la gouvernance et du cadre de pilotage devraient être :

- **Pilotage de l'offre** et des opérateurs pour disposer de la garantie de **qualité du service rendu et d'efficacité globale** des actions ;
- **Egalité de traitement** des personnes âgées combinée à une **prise en charge de proximité** ;
- **Maintien d'une capacité d'innovation des territoires** ;
- **Simplification de la relation** avec l'utilisateur ;
- Portage d'une **politique de prévention** ;
- Renforcement du dispositif global d'**évaluation** ;
- **Information claire du contribuable et du citoyen**

Premiers éléments de diagnostic et d'état des lieux sur le pilotage et la gouvernance

Les points ci-après ont été soulevés:

- Opportunité d'un **portage du risque financier** par les collectivités ;
- Opportunité d'un **tarificateur unique** (département ou ARS) ;
- Renforcement du **pilotage national** (rôle CNSA ou autres et textes financiers) ;
- Interrogation des **séparations (i) prescripteur et financeur** et, par conséquent, positionnement de la fonction d'évaluation des besoins et **(ii) acteur de la prévention et acteur de la réparation.**

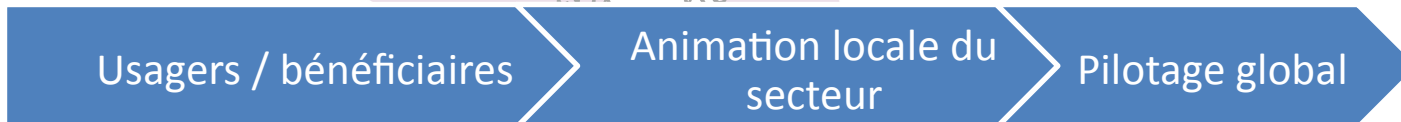
Document de travail diffusé aux membres de l'atelier 1
Compte-rendu des échanges du 05/12

Axes et thèmes

Les échanges ont permis d'identifier plusieurs axes et thèmes devant être pris en compte dans le cadre du système de gouvernance et de pilotage actuel et de ses évolutions...

Il est proposé de les regrouper dans trois approches thématiques globales:

- Certaines dimensions du pilotage et de la gouvernance concernent directement les relations avec les usagers / les bénéficiaires ;
- D'autres dimensions ont trait à l'animation locale du secteur (relations entre les entités publiques gestionnaires ou décisionnaires et les acteurs du secteur) ;
- De derniers volets relèvent plus du pilotage d'ensemble de la politique publique ;



Système de pilotage et de gouvernance

Axes et thèmes

1. Information – prise en charge initiale et de premier niveau
2. Prise en charge courante – en routine – coordination des acteurs autour du parcours individuel
3. Niveau des prestations et part des dépenses prises en charge
4. Mode d'accès aux prestations et évaluation
5. Allocation des ressources / autorisation – tarification – octroi régulier des ressources
6. Pilotage de et par la qualité
7. Territorialisation des politiques – capacité d'adaptation et d'innovation
8. Pilotage stratégique du secteur - volets SI et RH
9. Organisation et évolution de l'offre
10. Gouvernance financière et débat public
11. Pilotage de la prévention
12. Travaux de recherche et d'études, démarche d'évaluation
13. Pilotage et suivi des objectifs stratégiques – volet statistique
14. Système global de gouvernance (co-construction, rôle des différents acteurs, lisibilité et pérennité institutionnelle)

Usagers / bénéficiaires

Animation locale du secteur

Pilotage de la politique publique

Rappel des travaux en cours des autres ateliers

	Co-présidence		Rapporteur
1. Gouvernance et pilotage	Benjamin Ferras, membre de l'IGAS	Marie Tamarelle, députée de l'Eure	Jérémy Fournel, IGAS
2. Panier de biens et services et reste à charge	Jean-Philippe Vinquant, Direction générale de la cohésion sociale, directeur général	Laurence Assous, Cour des Comptes	Dorian Roucher, IGF
3. Nouveaux financements	Mathilde Lignot-Leloup, Direction de la sécurité sociale, directrice	Jean-Luc Tavernier, directeur général de l'INSEE	Jérémy Fournel, IGAS
4. Parcours des personnes âgées	Dominique Libault	Geneviève Mannarino, vice-présidente du Conseil départemental du Nord,	A. Farnault, DSS
5. Prévention et bien vieillir	Stéphane Corbin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Jean-Pierre Aquino, délégué général SFGG	Clémence Le Marrec, CNAV
6. Métiers	Mathias Albertone, Direction générale de l'offre de soins	Alice Casagrande	Nelly Jousset-Antiphon, DGCS
7. Aidants, familles et bénévolat	Cécile Tagliana, Direction générale de la cohésion sociale	Annie Vidal, députée de Seine-Maritime	Etienne Deguelle, CNSA
8. Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie	Anne Burstin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Marc Bourquin, ARS Ile-de-France	Dorian Roucher, IGF
9. Cadre de vie et inclusion sociale	Marie-Caroline Bonnet-Galzy	Mathieu Klein, président du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle	Gilles Duthil, magistrat CRC IDF
10. L'hôpital et la personne âgée	Sylvie Escalon, Direction générale de l'offre de soins	Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Bordeaux	Anne-Noëlle Machu, DGOS
Données de gestion, indicateurs et interopérabilité des systèmes d'information	Patrick Aubert, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, et Lawin Macaire, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		ANAP

Pour mémoire, dans le cadre arrêté, les travaux doivent être coordonnés avec ceux des autres ateliers

Thème 1/ Usagers et bénéficiaires

L'atelier a entendu mettre au cœur des évolutions l'usager : le besoin de soutien répond à un moment particulier de fragilité et d'exposition au risque de dépendance. Le pilotage et la gouvernance du système doivent ainsi garantir une prise en charge de qualité et un parcours fluide et sans rupture. Toutes les dimensions de gouvernance et de pilotage doivent contribuer à ces objectifs premiers. L'atelier a néanmoins identifié quatre volets ayant trait directement à la relation et au parcours de l'usager :

- Information – prise en charge initiale et de premier niveau
- Prise en charge courante – en routine – coordination des acteurs autour du parcours individuel
- Niveau des prestations et part des dépenses prises en charge
- Mode d'accès aux prestations et évaluation

L'atelier n°4 « Parcours des personnes âgées » a pour objectif explicite de « répondre à la demande forte de lisibilité et de simplification des démarches d'accès et d'orientation dans le système de prise en charge pour les usagers, en premier lieu pour les personnes âgées.[...] Les travaux identifieront les mesures nécessaires à une simplification de l'accès au système d'aide et de soin, à une plus grande réactivité et à une meilleure continuité de la prise en charge et des parcours. » Dans ce contexte, la plus-value de l'atelier Gouvernance réside dans son approche institutionnelle et dans sa capacité à répondre à la question « qui fait quoi ».

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 1 « Information – prise en charge initiale et de premier niveau »

Contenu du volet

Pilotage et gouvernance de l'information de premier niveau, organisation du front office de proximité, accès facilité à la connaissance des droits pour en faciliter le recours, connaissance des différents services existants et de leurs modalités d'accès. Cette information porte prioritairement sur les champs social, médico-social et sanitaire. Les champs de la mobilité et de l'aménagement du logement peuvent être intégrés à cette offre d'information.

État des lieux / diagnostic de l'existant

L'information sur les droits a été améliorée: portail « pour les personnes âgées » sur le site de la CNSA, portail Bien vieillir de la CNAV, campagnes d'information... mais l'accès et la connaissance des droits achoppe sur la complexité des démarches, leur temps de mise en œuvre et l'absence d'un premier interlocuteur dédié et identifié (sous réserve de l'analyse à faire des MDA mises en œuvre suite à la loi ASV)

Objectifs et principes

- Constituer une démarche standard d'information garantissant la cohérence et l'homogénéité des informations délivrées
- Prévoir un point d'accès / interlocuteur identifié pour les usagers, y compris en s'appuyant sur le numérique
- Poursuivre les efforts de pédagogie dans la présentation de l'offre ou des prestations vis-à-vis des usagers et de leurs proches

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 1 « Information – prise en charge initiale et de premier niveau »

Évolutions envisageables

Réformer les dispositifs actuels de coordination

Mettre en place un guichet unique fédérant les approches (APA, PAERPA, PTA, CLIC, MAIA...) s'adressant tant aux bénéficiaires qu'aux aidants

Renforcer la communication sur les droits *via* les médecins traitants

Développer une stratégie de communication nationale

Compter personnel sur internet (mes droits sociaux, CPA ou ameli; inclusion volet dépendance dans DMP)

Développer des supports nationaux et labellisés d'information devant être repris par les acteurs (labellisation, contrainte à apprécier)

Créer des démarches de formation interne des acteurs (supports de formation et formations de formateurs)

Connecter un accueil spécialisé avec l'accueil social inconditionnel et généraliste (CCAS, MSAP, services du Conseil départemental)

Offrir des garanties de qualité de service en matière de relation-usager (délais de réponse, satisfaction du service rendu, voies de recours et de médiation)

Effectuer des démarches d'information ciblées en direction des publics fragiles identifiés par croisement de données (notamment la consommation de soins)

Créer un droit à l'information sur le grand âge et la perte d'autonomie

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 2 «Prise en charge courante – en routine – coordination des acteurs autour du parcours individuel »

Contenu du volet

Au-delà de l'information de premier niveau, ce volet a vocation à traiter la prise en charge courante de la personne âgée aidée et de ses aidants et proches. La période de la vieillesse est marquée par des événements de vie et des ruptures. Le pilotage et la gouvernance doivent faciliter la prise en compte du parcours de l'usager, développer une vision globale et multidimensionnelle de sa situation et de ses besoins (volets sanitaire et social) et prévenir / accompagner les ruptures. La coordination des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux autour de la personne, est un sujet central dans la fluidité des parcours et doit être orientée vers l'amélioration de la prise en charge de la personne.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Le système d'acteurs décentralisés est particulièrement complexe et, par construction, source de cloisonnements importants. Des approches sous forme de prise en charge privilégiée et de parcours ont été progressivement développées par les pouvoirs publics (PAERPA par exemple). Ils demeurent néanmoins non généralisés ce qui appelle une réflexion sur une étape supplémentaire de pilotage et de gouvernance.

Objectifs et principes

- Prévoir un référent / front office unique pour le bénéficiaire, ses aidants et ses proches
 - Achever la logique de parcours et coordonner les acteurs dans ce cadre
- Assurer la coordination des acteurs à cette fin de simplification et de continuité des parcours

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 2 «Prise en charge courante – en routine – coordination des acteurs autour du parcours individuel »

Évolutions envisageables

Réaffirmer le rôle du médecin traitant dans l'évaluation des besoins (consultation dédiée, possibilité de prescrire une (ré)évaluation

Développer des parcours attentionnés à partir des besoins de la personne

Mettre en œuvre un SI partagé permettant aux acteurs de disposer des éléments clés concernant le bénéficiaire

Mettre en œuvre un réseau en charge de la gestion de ces parcours

Réformer les mesures de protection juridique

Mise en place d'un « référent de parcours »

Mise en œuvre du « Dites-le nous une fois »

Développer les télé-services, améliorer les courriers d'information ou de notification des prestations, créer un dossier unique de demande d'APA homologué CERFA , enrichir les données de la Carte vitale avec des éléments liés à la perte d'autonomie, etc.

Maintenir une coordination des acteurs spécialisés sur les problématiques de la personne âgée, sur la maille du bassin de vie

Coordonner les actions des professionnels dans le cadre d'une orientation générale centrée sur l'utilisateur

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 3 « Niveau des prestations et part des dépenses prises en charge »

Contenu du volet

Ce volet a trait aux soutiens effectifs apportés aux bénéficiaires. Actuellement, la prestation est régie selon (i) une condition d'âge et (ii) une condition d'évaluation des besoins et (iii) la matérialisation de ces besoins dans un plan de soutien apporté. La part de dépenses prise en charge est appréciée *per se* sans prise en compte du reste à charge pour les bénéficiaires. La demande d'aide sociale est assurée de manière distincte.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Les soutiens effectifs apportés aux bénéficiaires varient selon le type de services et le lieu de résidence de la personne âgée aidée. Ces variations s'expliquent par des logiques de tarification territoriales sur les prises en charge autres que sanitaires. L'approche du reste à charge est distincte et ne donne pas lieu à un suivi dédié, les prestations étant accordées – hormis pour l'aide sociale- sans prise en compte de ce RAC.

Objectifs et principes

Assurer (i) une plus grande cohérence ou (ii) une cohérence totale sur une prise en charge socle des bénéficiaires laissant, le cas échéant, la possibilité d'une intervention renforcée en sus de ce socle.

Faire converger les modes de prise en charge et leur qualité en jouant sur la part des dépenses prises en charge

Évolutions envisageables

Définition d'un panier de biens et services assorti de tarifs soit sur une base nationale soit sur une base locale (encadrement tarifaire – « tunnel » de convergence)

Point GIR socle au niveau national

Mise en place d'une prestation aux modes de calculs et paramètres nationaux

Suivi du reste à charge

Possibilité d'action complémentaire

Adaptation de l'aide sociale en conséquence

L'atelier 2 « Panier de biens et services et reste à charge » traite spécifiquement du sujet de la nature des prestations, de leurs modes de calcul et des modalités d'ouverture des droits. La plus-value de l'atelier Gouvernance sur ces sujets réside dans son approche institutionnelle et sa capacité à répondre à la question « qui fait quoi » / « comment ».

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 4 « Mode d'accès aux prestations et évaluation »

Contenu du volet

Ce volet a trait aux conditions d'évaluation des besoins de la personne âgée et à leurs conséquences en termes (i) d'orientation vers une entité responsable de l'ouverture des droits et (ii) de définition du mode de prise en charge et du niveau de la prestation ouverte. Les conditions d'évaluation sont entendues au sens de la composition des équipes, de la qualité de l'évaluation et des outils et grilles utilisés. La responsabilité est actuellement partagée entre les équipes médico-sociales des caisses de retraite, des Conseils départementaux et des établissements. Les GIR 5 et 6 hors aide sociale relèvent de l'aide sociale de caisses de retraite, tandis que le plan d'aide APA pour les GIR 1 à 4 et la prise en charge des GIR 5 et 6 relevant de l'aide sociale relèvent du Conseil départemental. Pour les personnes en établissement, le GIR est évalué par les équipes médicales de l'établissement.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Malgré des efforts de coordination et de convergence, les conditions d'évaluation (outils, méthodes, composition des équipes) comme leur traduction en droits et prestations varient selon les territoires et les acteurs (départements, caisses de retraite) considérés. On relève soit une évaluation insuffisante, soit une superposition de procédures d'évaluation, liées tant aux différentes cultures professionnelles qu'à la logique de guichet de chaque financeur. En effet, une double évaluation peut intervenir en l'absence de reconnaissance mutuelle des évaluations entre caisses de retraite et Conseils départementaux (sauf reconnaissance par voie conventionnelle). L'évaluation des besoins et leur traduction en droits et prestations peuvent conduire à des pratiques de régulation budgétaire (positionnement en GIR, non-saturation des plans d'aide). Par ailleurs, les outils d'évaluation divergent d'un département à l'autre et d'un financeur à l'autre, malgré un rapprochement récent des différentes grilles. Enfin, les barèmes d'aide divergent entre financeurs, ce qui peut entraîner des différences de prise en compte des ressources et des inégalités d'accès aux prestations.

Thème 1 / Usagers et bénéficiaires

Volet 4 « Mode d'accès aux prestations et évaluation »

Objectifs et principes

- Harmoniser les conditions d'accès à la prestation en standardisant l'évaluation des besoins et/ou en renforçant la correspondance entre le besoin évalué et la prestation ouverte
- Eviter les doubles évaluations
- Améliorer la lisibilité de l'évaluation pour la personne
- Le cas échéant, distinguer l'évaluation de la dépendance de l'évaluation des besoins de la personne

Évolutions envisageables

- Harmoniser les procédures d'évaluation des besoins, en définissant un outil unique d'évaluation rendu obligatoire et un dossier d'évaluation
- Unifier la compétence d'évaluation au sein d'un même acteur pour l'ensemble de la population âgée
- Généraliser la reconnaissance mutuelle des évaluations entre caisses de retraite et Conseils départementaux
- Lier les compétences d'évaluation et de prescription ou *a contrario* séparer compétence d'évaluation et compétence de prescription
- Unifier la prise en charge des GIR 5-6, relevant ou non de l'aide sociale, au niveau des caisses de retraite
- Automatiser en partie l'évaluation des besoins en prestations monétaires et rendre cette correspondance opposable, par exemple en créant un point GIR socle au niveau national
- Autoriser et systématiser la reconnaissance en EHPAD des évaluations GIR réalisées en amont par les équipes médico-sociales des Conseils départementaux ou des caisses de retraite
- Ajouter une possibilité de prescription et d'évaluation par des professionnels habilités (médecin traitant notamment) ou prévoir des évaluations régulières dans le temps à des âges pivots (modèle danois)
- Transférer l'ensemble de la compétence d'évaluation et de prescription à une entité unique

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 5 « Allocation des ressources, tarification, autorisation »

Contenu du volet

Ce volet est consacré à l'autorisation et à la tarification des établissements et services (EHPAD, USLD, SSIAD, SAAD, résidences autonomie, etc.) et aux modalités d'exercice de compétences partagées entre différents acteurs. Les règles applicables à l'autorisation (cahier des charges, conditions de renouvellement, etc.) et à la tarification (sections tarifaires des EHPAD, tarification des SSIAD, etc.) relèvent d'un autre atelier et n'ont pas vocation à être analysées par l'atelier gouvernance et pilotage. Dans ce volet sont traités (i) la répartition des responsabilités entre financeurs sur les différents segments de l'offre, (ii) les évolutions des procédures applicables, (iii) l'ajustement des ressources des collectivités territoriales aux dynamiques démographiques et financières des territoires, notamment à travers des mécanismes de péréquation.

État des lieux / diagnostic de l'existant

La forte interaction entre accompagnement et soin se traduit par un doublement du dialogue de gestion pour les opérateurs entre ARS et Conseil départemental. Le chevauchement des compétences relatives à l'autorisation, à la tarification et au contrôle financier des établissements et services génère d'importants doublons. Pour les EHPAD notamment, l'ensemble des procédures est réalisé à la fois par les ARS et les Conseil départementaux, avec parfois des divergences d'appréciation (i) des situations et (ii) des règles applicables. Les financeurs ne disposent systématiquement des leviers de pouvoir correspondant à leur effort financier (ex. : nomination des directeurs d'EHPAD publics). Les spécificités de chaque autorité (ex. : aide sociale à l'hébergement mal maîtrisée par les ARS, qui à l'inverse maîtrisent la réglementation relative au soin et au circuit des médicaments) ne permettent pas une approche globale du fonctionnement des établissements. En outre, deux procédures budgétaires coexistent actuellement, dans l'attente de la généralisation des CPOM, ce qui génère une forte complexité pour les gestionnaires. Il en découle des circuits multiples de remontées d'information, de contrôles, de demandes de compléments ou d'explications qui sont chronophages et difficiles à assumer par les acteurs de terrain. La simplification des circuits de financements relève d'un impératif de lisibilité des missions et responsabilités à l'égard du citoyen.

Ce volet relève également des travaux des ateliers n°2 « Panier de biens et services et reste à charge » et n°8 « Offre de demain ». La valeur ajoutée de l'atelier n°1 est ici liée à l'identification des compétences et au fait que la gouvernance et le pilotage contribuent à la lisibilité des services et de leurs tarifs pour les usagers sans constituer un volet difficile à gérer pour les acteurs de terrain.

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 5 « Allocation des ressources, tarification, autorisation »

Objectifs et principes

- Clarifier le pilotage des établissements et services, par une redéfinition des règles d'allocation des ressources et de pilotage des établissements et services et/ou par l'application d'une logique de donneur d'ordre unique
- Poser les conditions d'une répartition équitable de la ressource entre établissements et services sur une maille géographique donnée
- Assurer l'équité de la répartition des financements entre territoires en ajustant les enveloppes aux dynamiques financières et démographiques des territoires
- Améliorer la réactivité du pilotage des établissements et services et limiter la consommation de ressources sur les fonctions de tarification en réduisant les doublons
- Dégager chez les financeurs la ressource nécessaire au pilotage par la qualité, en simplifiant le dialogue de gestion, le suivi des structures et les tâches d'autorisation
- Mettre en œuvre une démarche de tarification simplifiée qui permette aux gestionnaires et aux entités de pilotage de communiquer à l'utilisateur des tarifs et leurs composantes de manière lisible, accessible et complète
- Clarifier les procédures d'autorisation et leurs modalités de mobilisation

Évolutions envisageables

- Transfert de certaines des compétences ou unification des compétences (financement, autorisation, tarification) selon un principe de donneur d'ordres unique, sur un périmètre à définir entre ARS, départements, collectivités locales, caisses de retraite, par grand segment de l'offre (EHPAD, SSIAD, SAAD, habitat inclusif) ; piste complémentaire en forte interaction avec l'atelier 2 : fusion des tarifs soin et dépendance ;
- Expérimentation de délégations de gestion entre ARS et départements (de l'ARS vers les départements et/ou des départements vers les ARS) ;
- Harmonisation des procédures budgétaires applicables aux établissements et services médico-sociaux, sans période transitoire ;
- Instauration d'un temps de dialogue budgétaire entre la structure et les autorités dans le calendrier budgétaire ;
- Introduire une double autorisation ARS/Conseil départemental pour les USLD ou aligner le régime d'autorisation des USLD avec les EHPAD dans l'hypothèse d'une unification des compétences

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 6 « Pilotage de et par la qualité »

Volet en cours d'analyse, échanges programmés avec la HAS sur ces questions et articulation nécessaire avec les travaux de l'atelier n°8.

Contenu du volet

Ce volet est consacré à la prise en compte de la qualité dans la régulation du secteur. Il traite notamment des pratiques d'évaluation à travers les axes (i) de la pertinence des outils actuels au regard de l'objectif d'amélioration de la qualité du service rendu à la personne, (ii) de la crédibilité et de la transparence pour l'usager des évaluations conduites et (iii) de la capacité d'appropriation des évaluations par les établissements et services, notamment par leurs équipes et. Les sujets d'incitation à la qualité (par les critères de tarification ou d'autorisation notamment) sont traités dans un autre atelier.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Le système d'évaluation mis en place par la loi de 2002 reste inachevé en raison (i) des faibles effets d'entraînement des évaluations sur les démarches qualité internes aux établissements, (ii) de la quasi-absence de lien entre évaluation et renouvellement d'autorisation, (iii) des difficultés à articuler les évaluations avec le dialogue de gestion et (iv) du fait de l'absence ou de l'insuffisance de publicité vers les usagers des résultats. Une simplification des démarches d'évaluation de la qualité, nombreuses et mal articulées entre elles, paraît nécessaire, alors que la qualité même des évaluations semble dépendre fortement du prestataire retenu par le gestionnaire. En l'absence de référentiel national, les pratiques d'évaluation sont hétérogènes. Des doutes existent sur l'impartialité des évaluateurs, notamment en raison du lien financier entre l'évaluateur et la structure évaluée qui le rémunère. La double évaluation, interne externe, jugée lourde et trop peu axée sur la qualité du service rendu à la personne, n'a pas conduit à l'engagement de démarches qualité de l'ampleur attendue. La forte hétérogénéité des rapports d'évaluation et leur contenu très technique les rend peu comparables et difficilement publiables, ce qui pose un enjeu fort de transparence vis-à-vis du public. La prise en compte de la perception de l'usager dans l'évaluation est insuffisante. En outre le renseignement de tableaux de bord volumineux, dont les indicateurs laissent subsister de nombreuses incertitudes sur leur périmètre, est fortement consommateur de ressources, et ne donne pas lieu systématiquement à des restitutions. Les sanctions sont aujourd'hui mal graduées, puisque le régulateur ne dispose que du recours à l'administration provisoire ou à la fermeture, ce qui décrédibilise les inspections.

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 6 « Pilotage de et par la qualité »

Objectifs et principes

- Standardiser une démarche de supervision de la qualité permettant d'engager un cercle vertueux vers la qualité, sur la base de référentiels et méthodes renouvelés susceptibles d'être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs
- Engager les établissements et services vers une amélioration de la qualité du service rendu à la personne
- Simplifier les outils pour assurer une utilisation effective des outils d'évaluation et économiser la ressource des établissements et services
- Intégrer la perception de l'usager et des familles dans l'évaluation et engager la personne accompagnée dans la démarche d'évaluation
- Accroître la transparence en publiant les résultats des évaluations afin de réduire l'asymétrie d'information pour la personne et les familles
- Organiser le traitement des situations de maltraitance de façon collégiale, transparente, en associant les familles

Évolutions envisageables

- Refondre et renforcer les méthodes et référentiels d'évaluation de la qualité dans le secteur médico-social prenant en charge les personnes âgées ; à terme, couvrir l'ensemble des acteurs
- Rendre opposables les recommandations de bonnes pratiques
- Détacher l'évaluation de la décision administrative pour engager les établissements et services dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de service
- Introduction de critères qualitatifs dans le référentiel d'évaluation externe et dans la procédure d'habilitation des organismes évaluateurs
- Introduction d'une mesure systématique de la satisfaction des personnes et des aidants selon des procédures normées par la HAS, rendue publique et accessible en ligne (portail CNSA et site de la HAS)
- Publication des résultats des évaluations externes sous forme de synthèse
- Améliorer les processus de contrôles inopinés en renforçant le suivi des signalements
- Harmoniser le calendrier des évaluations internes et externes avec la négociation des CPOM et le dialogue de gestion
- Faire évoluer le statut des inspecteurs départementaux (prestation de serment, carte professionnelle) et renforcer leurs prérogatives en cas d'opposition à contrôle
- Elargir le panel des sanctions en introduisant des sanctions administratives
- Mettre en place des procédures de traitement des cas de maltraitance (nomenclatures, traitement collégial des situations, retours vers les gestionnaires et les familles)

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 7 « Territorialisation des politiques – capacité d’adaptation et d’innovation »

Contenu du volet

Ce volet traite (i) de la manière dont l’animation locale du secteur prévoit, encadre et encourage l’expérimentation et l’innovation (technique, socio-économique, organisationnelle).

État des lieux / diagnostic de l’existant

On assiste à un foisonnement d’initiatives de soutien à l’innovation au niveau local, que les conférences des financeurs peinent à structurer. De nombreux projets innovants émergent mais les acteurs locaux et nationaux peinent à essayer les pratiques innovantes. Par ailleurs l’innovation organisationnelle doit, pour être dupliquée, s’appuyer sur des plates-formes de coordination de professionnels permettant de diffuser des modes de prise en charge innovants. Les pratiques innovantes relevées sur les territoires associent des acteurs divers, y compris hors du champ social, médico-social ou sanitaire. Au-delà, l’évaluation de la valeur ajoutée de l’innovation, quelle que soit sa nature, n’est pas stabilisée et, hormis des prix ou en-dehors des innovations relevant de cadres réglementaires stricts (dispositif médical par exemple), il n’existe pas de labellisation ou d’identification des innovations à forte valeur ajoutée susceptibles d’orienter les choix des acteurs territoriaux. La refonte de la filière « silver economy » telle qu’annoncée fait par ailleurs suite à des années au cours desquelles les avancées n’ont pas été à la hauteur des ambitions.

Objectifs et principes

- Maintenir une capacité d’adaptation et d’expérimentation au niveau territorial
- Organiser une diffusion des pratiques innovantes entre les territoires
- Stimuler l’innovation par la mise en place de partenariats élargis sur les territoires (champ social, sanitaire et médico-social mais également acteurs économiques, acteurs de l’insertion, de la formation professionnelle, de l’éducation nationale)
- Définir des standards d’évaluation *ex ante* et *ex post* et d’identification des innovations à forte valeur ajoutée ou des innovations de rupture

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 7 « Territorialisation des politiques – capacité d’adaptation et d’innovation »

Évolutions envisageables

- Sous réserve de l’inventaire de l’existant (Bpifrance, Caisse des dépôts, régions), constitution d’un fonds national d’innovation, décliné en enveloppes régionales, géré par la CNSA
- Généraliser des plateformes de coordination des professionnels susceptibles de jouer le rôle d’accélérateur de la diffusion de prises en charge innovantes.
- Création d’une dotation d’investissement gérée par les conférences de financeurs, destinée au financement d’hébergements innovants (colocation, etc.)
- Intégrer le soutien à la filière « silver economy » dans les missions des différents financeurs
- Mettre en place au niveau national un dispositif de remontée des innovations, de capitalisation et de diffusion des expériences innovantes (sur le plan organisationnel, technique, financier) ;
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de l’éducation et de l’enseignement supérieur
- Renforcer la coordination des acteurs au niveau territorial à travers la création d’une conférence des parties prenantes, intégrant conférence des financeurs, CDCA, et ayant vocation à soutenir l’innovation et à définir une programmation départementale de l’offre
- Démarche de labellisation nationale, reconnaissance commune des innovations à forte valeur ajoutée et/ou de rupture
- Harmonisation des politiques d’achat

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 8 « Pilotage stratégique du secteur - volets SI et RH »

Contenu du volet

Ce volet est consacré à la capacité du système d'acteurs à faire émerger un pilotage d'une stratégie SI et RH, entendu comme (i) une capacité à définir des objectifs et un niveau d'exigence, (ii) une capacité à porter sur la durée des développements de systèmes d'information ou des stratégies de valorisation de métiers et de parcours professionnels, (iii) une capacité à mobiliser les ressources suffisantes pour porter des projets ambitieux.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Les systèmes d'information sont hétérogènes et le degré d'interopérabilité est faible, ce qui porte préjudice (i) à la capacité des acteurs à interagir localement, à partager des données et ce faisant à simplifier les démarches de l'utilisateur, (ii) à la capacité des instances de pilotage à disposer de données de *reporting* et de données utiles à leur action (ciblage de publics fragiles, identification de parcours critiques, etc.). Il peut également en résulter des pertes de temps et la mobilisation de moyens non nécessaires. On constate une difficulté à faire émerger un pilotage stratégique, des ressources mutualisées et une maîtrise d'ouvrage en la matière, au niveau national et territorial, afin de porter ces chantiers dont l'ampleur et le caractère stratégique ne peuvent être négligés. Pour ce qui concerne l'aspect RH, les difficultés du secteur (difficultés de recrutement, absentéisme, accidentologie, *turnover*) ne font pas ou peu émerger de stratégie RH locale (GPEC territoriale, actions dans les établissements scolaires ou de formation) ou nationale (montée en compétence du service public de l'emploi, construction de parcours professionnels, communication, etc.). A cet égard, le rôle respectif des branches, des représentants professionnels et des pouvoirs publics (employeurs et financeurs) demeurerait à préciser et à articuler.

Nota bene : Les dépenses ici prises en compte sont les dépenses actuellement portées via l'APA et l'assurance maladie. Ce périmètre de dépenses pourrait être complété en intégrant des dépenses d'une nature différente (aménagement des espaces urbains, politiques du logement, politiques de mobilité) qui, par nature, relèvent d'une approche très ancrée dans les territoires. Cette approche générale de l'accompagnement sera évoquée dans le cadre des réflexions ultérieures de l'atelier.

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 8 « Pilotage stratégique du secteur - volets SI et RH »

Objectifs et principes

- Organiser un partage de données entre acteurs, nécessaire à leur action et à une prise en charge rapide, efficace et simplifiée de la personne âgée, en intégrant les contraintes de confidentialité (secret médical notamment)
- Piloter un chantier d'interopérabilité des systèmes d'information et définir des règles de priorité en matière d'alimentation de données partagées
- Construire un système cible au regard de la capacité à le déployer rapidement, de manière agile et adaptable
- Fixer le degré de convergence et de contrainte souhaité en matière de systèmes d'information
- Piloter une stratégie nationale d'attractivité des métiers de l'accompagnement et du soin de la personne âgée, sur la base d'une transversalité entre le service public de l'emploi, les champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, de la formation professionnelle, de l'insertion, de l'éducation

Évolutions envisageables

- Construction d'un entrepôt de données sécurisée, espace partagé par les différents acteurs, rassemblant les données d'identification des bénéficiaires (NIR, adresse, ressources) et les prestations délivrées
- Traitements réguliers permettant le rafraîchissement des données partagées
- Dématérialiser les échanges entre les services d'aide à domicile et les équipes d'évaluation
- Construire un SI décisionnel assis sur le suivi des évaluations et prestations d'une part, un croisement données médico-administratives et données sociales d'autre part
- Définir une stratégie RH du secteur, reposant sur la promotion de l'attractivité, l'amélioration des conditions de travail et de la formation et précisant les rôles respectifs des acteurs nationaux, des branches, des employeurs publics et privés et de l'Etat

Volet RH en cours d'analyse, notamment sur la base des travaux de l'atelier métiers.

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 9 « Organisation et évolution de l'offre »

Ce volet est en forte interaction avec les travaux de l'atelier « Offre de demain ».

Contenu du volet

Ce volet est consacré au pilotage de l'évolution de l'offre au niveau territorial, entendue sur le plan (i) qualitatif, dans le sens d'une diversification de l'offre et d'une plus grande intégration entre établissement et domicile, (ii) quantitatif, dans le sens d'une adéquation de l'offre au besoin exprimé en nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire, (iii) partenarial, dans le sens d'une intégration des établissements et services à une offre plus large de services à la personne âgée, par construction propre aux spécificités d'un territoire (offre sanitaire, logement, mobilités, etc.). Il ne s'agit pas ici de traiter de la cible en tant que tel, mais du système d'acteurs susceptible de piloter une trajectoire de transformation de l'offre.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Le pilotage de l'offre de service à la personne âgée est complexe et partagé entre de nombreux acteurs (ARS, départements, communes, intercommunalités). Dans le même temps, l'offre est hétérogène qu'il s'agisse (i) des statuts juridiques, parfois de création récente (EHPAD hospitalier, EHPAD autonomes, SAAD, SSIAD, SPASAD, résidences autonomie, résidences services, etc.), (ii) de la structure de rattachement (CCAS, centre hospitalier, etc.), (iii) de la taille et des projets d'établissements. Cette complexité, associée à des cloisonnements identifiés entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, dégrade la lisibilité pour la personne et la famille et tend à diluer les responsabilités et à réduire la capacité des financeurs à impulser une transformation de l'offre. En outre, la capacité à distribuer les capacités d'accueil de manière équitable entre les différents territoires, dans la recherche d'une meilleure adéquation aux caractéristiques démographiques des territoires, s'en trouve affectée.

Nota bene : Les dépenses ici prises en compte sont les dépenses actuellement portées via l'APA et l'assurance maladie. Ce périmètre de dépenses pourrait être complété en intégrant des dépenses d'une nature différente (aménagement des espaces urbains, politiques du logement, politiques de mobilité) qui, par nature, relèvent d'une approche très ancrée dans les territoires. Cette approche générale de l'accompagnement sera évoquée dans le cadre des réflexions ultérieures de l'atelier.

Thème 2 / Animation locale du secteur

Volet 9 « Organisation et évolution de l'offre »

Objectifs et principes

- Modalités d'articulation des différents pilotes de l'offre pour passer d'une logique d'ouverture de places à une logique populationnelle de gestion de file active
- Identifier, suivre et piloter l'ensemble de l'offre de services aux personnes âgées
- Répartir l'offre d'accompagnement et de soin sur le territoire national en recherchant une adéquation avec les capacités contributives et les évolutions démographiques des différents territoires
- Simplifier les statuts afin de fluidifier les évolutions de l'offre et de faciliter la polyvalence des structures
- Renforcer l'intégration entre secteur sanitaire et secteur médico-social
- Organiser une programmation de l'offre d'accueil des personnes âgées intégrant les problématiques de mobilité, de logement, de participation à la vie sociale.

Évolutions envisageables

- Revoir la gouvernance interne des acteurs (EHPAD publics notamment) compte tenu des compétences dévolues à chaque acteur (collectivités territoriales notamment) ou de la proximité à renforcer entre EHPAD et établissements sanitaires
- Unification des statuts et regroupements de structures (ex: SAAD, SSIAD, SPASAD)
- Définition d'un cadre juridique unique pour les établissements publics (hospitaliers détachés des services sanitaires, autonomes, CCAS)
- Organiser une coordination des offreurs au niveau de l'intercommunalité, en gestion par un porteur unique ou par un partenariat entre structures, de façon à dégager des économies d'échelle et à mieux intégrer les différents segments de l'offre au niveau local
- Renforcer l'intégration des EHPAD publics dans les GHT
- Maintenir, indépendamment de l'évolution de la répartition des compétences, un réseau d'accueil infra-départemental et une instance de gestion et de programmation de l'offre à l'échelon départemental ;
- Développement de l'accueil de jour, d'EHPAD centres de ressources offrant un bouquet de services
- Concilier les possibilités de mutualisation, permettant aux établissements et services d'atteindre un taille critique, avec une logique de proximité et de desserte, notamment dans les territoires ruraux

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 10 « Gouvernance financière et débat public »

Volet en cours d'analyse, échanges notamment programmés avec la DREES sur ces questions et articulation nécessaire avec les travaux sur le financement

Contenu du volet

Dimension consolidation comptable, financière et statistique.

Il s'agit ici de garantir la matérialité du débat sur le grand âge et le financement de la politique en résultant afin d'éviter que celle-ci ne soit pas pleinement prise en compte dans le cadre des arbitrages et débats financiers.

État des lieux / diagnostic de l'existant

La gouvernance financière et le débat public sont largement structurés par les rapports et études produits et par le contenu des lois financières présentées à l'automne (PLF et PLFSS).

A ce stade et de manière schématique, on peut souligner que la dépendance donne lieu à des approches dédiées dans le cadre :

- des publications régulières de la DREES et notamment du « compte de la dépendance » qui est produit tous les 3 à 4 ans et porte sur les données de N-2
- des données figurant chaque année dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) concernant la CNSA
- du sous objectif de l'ONDAM « personnes âgées » figurant en PLFSS et du programme de qualité et d'efficience (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – handicap et dépendance »

Par ailleurs, les dépenses sanitaires découlant du grand âge sont aussi pour partie retracées dans les développements des PLFSS (PQE également) et des rapports de la CCSS consacrés à l'assurance maladie ainsi que par les publications financières et statistiques concernant ce même champ (DREES, CNAMTS...)

Toutefois, deux écueils sont à souligner :

- hormis le « compte de la dépendance » qui n'est pas publié annuellement, il n'existe pas de vision annuelle / régulière, intégrée et complète [vision extensive à « toutes les dépenses ou vision pragmatique limitée aux prestations dépendances et aux dépenses de santé] de l'effort public (Etat, sécurité sociale, collectivités territoriales) en faveur du grand âge et une évaluation régulière et dédiée de son efficacité ; en cela, le débat est partiel et insuffisamment organisé ; cet élément a été abordé par le Parlement notamment dans le cadre de la révision constitutionnelle et de l'appréciation de l'opportunité d'élargir le champ des LFSS ; l'approche « 5^{ème} risque / pilier » conduirait de fait à analyser cette possibilité
- le recueil de données récentes, homogènes et fiables se heurte aux limites actuelles du pilotage et de la gouvernance, la diversité des acteurs, de leurs systèmes d'information et comptables et des règles statistiques et comptables qu'ils appliquent rendent lourdes et difficiles une approche régulière, intégrée et complète

Le débat public demeure relativement imparfait puisque la prise de conscience / lisibilité des efforts effectués, des mesures mises en œuvre et envisagées est faible. De même, malgré les efforts consentis (information grand public, publications et études), l'appréciation de l'offre et des services et de leurs impacts tout comme l'analyse de leur efficience demeurent limités.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 10 «Gouvernance financière et débat public »

Volet en cours d'analyse, échanges programmés avec la DREES sur ces questions et articulation nécessaire avec les travaux sur le financement

Objectifs et principes

La montée en puissance des efforts publics en faveur des personnes âgées justifie la prise en compte renforcée, dans les débats publics et en particulier dans les débats financiers de cette politique. Cette prise en compte ne peut néanmoins être pensée uniquement isolément mais justifierait une approche globale intégrant les autres politiques (handicap par exemple).

Quel que soit le mode de gouvernance et de pilotage retenu in fine, la mise à disposition d'informations consolidées, fiables et à échéance régulière constitue un objectif premier. Outre la mise à disposition des données, l'intégration dans les débats financiers annuels serait à encourager.

Évolutions envisageables

Extension envisagée dans le cadre de la réforme constitutionnelle des LFSS à la protection sociale avec une mise en œuvre prioritaire pour le champ dépendance

Extension du rapport de la CCSS à l'intégralité du champ dépendance

Mise en place d'un tableau d'équilibre et d'un objectif national de dépenses, décliné en sous objectifs (le cas échéant avec un volet institutionnel (objectif assurance maladie, objectif CNSA, objectif collectivités territoriales)

Reconfiguration des études de l'impact et de l'efficacité via les comptes de la dépendance et les PQE joints au PLFSS

Encadrement éventuel de l'offre privée de couvertures (volet contenu des garanties et pilotage du statut socio-fiscal) – selon travaux du groupe financement ?

L'atelier n°3 « Financement » traite directement de ces questions. La plus-value de l'atelier Gouvernance résiderait donc, d'une part, dans son approche institutionnelle et sa capacité à répondre à la question « qui fait quoi » / « comment » et, d'autre part, dans le lien entre l'information financière et le débat public en résultant et les modes de pilotage et de gouvernance proposés.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 11 « Pilotage de la prévention »

Contenu du volet

Intégration dans la démarche de gouvernance et de pilotage d'une démarche de prévention de la perte d'autonomie et / ou d'aggravation de la situation sanitaire et sociale de la personne âgée vieillissante

État des lieux / diagnostic de l'existant

La France se caractérise globalement par des politiques moins centrées sur la prévention que sur la réparation ou la compensation. La démarche de prévention est particulièrement ambitieuse tant dans son insertion dans le panel d'actions publiques et leur gouvernance / leur pilotage global qu'en ce qui concerne la gouvernance de la démarche préventive en tant que telle. Pour autant, au regard des enjeux constitués par le vieillissement de la population, la mise en place de démarches de prévention de l'isolement, de la dégradation de l'état de santé et de la perte d'autonomie apparaît comme un des volets clefs de la politique du grand âge, alors que les travaux scientifiques récents démontrent l'efficacité de la prévention.

Des expérimentations convaincantes sont menées mais leurs résultats sont peu valorisés, notamment en raison d'un effort insuffisant d'évaluation. La culture de la prévention peine à se diffuser dans l'ensemble de l'offre. Les financements d'actions de prévention sont dispersés entre de nombreux acteurs.

L'atelier n°5 « Prévention » traite directement de ces questions. La plus-value de l'atelier Gouvernance résiderait donc a priori dans l'approche institutionnelle soit l'intégration du volet « prévention » dans la politique plus générale.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 11 « Pilotage de la prévention »

Objectifs et principes

La démarche préventive doit être encouragée et rationalisée. Par nature, la prévention conduit à modifier les approches de la pluralité des acteurs intervenant ou suivant la personne âgée. La mise en œuvre d'une politique effective et efficace de prévention nécessite donc de surmonter les difficultés globales suscitées par le système actuel d'acteurs (atomisation des acteurs et centres de décision, diversité des approches...) donc d'élaborer un cadre ou une stratégie nationale susceptible d'être déclinée dans les territoires et par les différents acteurs.

Évolutions envisageables

- Élaborer une stratégie nationale de prévention combinant les volets sociaux et sanitaires, (i) de manière autonome ou (ii) en lien avec les autres démarches contractuelles / conventionnelles mises en œuvre ; dédier des fonds identifiés à la mise en œuvre de cette politique ; conditionner tout ou partie des financements à la mise en œuvre des actions préventives estimées prioritaires
- Au niveau local, faire porter par les conférences de financeurs un programme territorial de prévention associant les associations de prévention, les établissements et services à domicile.
- Développer les gérontopôles centres de preuve dans chaque région, porteurs de recherches actions et collecteurs –diffuseurs de données probantes.
- Au niveau national, produire un cadre de référence de la prévention en mobilisant agences, organismes de recherche, sociétés savantes.
- Former systématiquement les intervenant auprès de la personne à domicile dans le sens d'une meilleure prévention de la perte d'autonomie

L'atelier n°5 « Prévention » traite directement de ces questions. La plus-value de l'atelier Gouvernance résiderait donc a priori dans l'approche institutionnelle soit l'intégration du volet « prévention » dans la politique plus générale de prise en charge.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 12 « Travaux de recherche et d'études, démarche d'évaluation »

Volet en cours d'analyse, échanges programmés avec la DREES et la CNSA sur ces questions

Contenu du volet

La montée en puissance des fonds publics dédiés à la prévention et à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées justifie un effort renforcé d'analyse et d'évaluation des actions conduites.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Les moyens aujourd'hui consacrés à l'évaluation des actions et de la politique publique dans son ensemble sont dispersés entre plusieurs financeurs (CNSA, DREES, CNAM, ARS, Conseils départementaux). Il n'existe pas de système unifié de remontée de données, commun à l'ensemble des départements, sur lequel bâtir un SI décisionnel.

La volonté d'analyser de manière spécifique les enjeux de la politique du grand âge est surtout concrétisée par des actions publiques à l'instar de la création récente du HCFEA ou encore des recherches financées et impulsées par la CNSA ou enfin l'intensification des productions de la DREES sur ce champ particulier.

Par ailleurs, la mise en œuvre de démarches évaluatives se heurtent à la segmentation des travaux relevant, d'une part, de l'approche médicale et d'autre part, des approches en sciences humaines. La question de l'autonomie de la recherche et de l'évaluation doit également être évaluée. Enfin, les travaux d'évaluation sont souvent ciblés et omettent fréquemment une dimension: l'évaluation *per se* du dispositif de pilotage et de gouvernance, actuel et à venir qui, au regard des débats passés et actuels et du champ dévolu à l'atelier « pilotage / gouvernance » doivent retenir l'attention.

Enfin, la question de l'évaluation peut également poser celle du suivi et de l'évaluation des politiques mises en œuvre au bénéfice de la concertation « grand âge et autonomie ».

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 12 « Travaux de recherche et d'études, démarche d'évaluation »

Volet en cours d'analyse, échanges programmés avec la DREES et la CNSA sur ces questions

Objectifs et principes

Le renforcement d'une démarche évaluative couvrant l'ensemble des dimensions (sociale, sanitaire, financière, démographique... et gouvernance / pilotage) doit constituer un point d'attention.

Elle appellerait la mise en œuvre de démarches plus coordonnées de l'existant et des concertations entre les acteurs et intervenants

Évolutions envisageables

- Lien et articulation à assurer entre la CNSA, la CNAMTS et les OSS nationaux, la DREES, la DGCS et les autres DAC compétentes (DGOS, DG Trésor et DSS en particulier) et le HCFEA – planification conjointe, stratégies communes / coordonnées de recherche
- Modalités de nature à permettre l'autonomie de la recherche et son caractère transdisciplinaire
- Création d'un *what works center* national
- Création d'un observatoire national de la perte d'autonomie et du vieillissement, assis sur un SI unifié et un contrôle qualité des remontées de données
- Faire porter par les conférences de financeurs des programmes d'évaluation des actions de prévention ; assurer la complémentarité de ces actions par un pilotage national (CNSA? Entité ad hoc?)
- Favoriser l'émergence d'un gérontopôle par région, et créer une association nationale unique fédérant ces pôles, pour en faire des lieux de recherche, de formation et d'accompagnement des acteurs locaux et nationaux.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 13 «Pilotage et suivi des objectifs stratégiques – volet statistique »

Volet en cours d'analyse, échanges programmés avec la DREES et la CNSA sur ces questions – lien avec le volet 12 « évaluation » et avec les travaux du groupe « SI » récemment installé // à souligner, transmission de la contribution de l'atelier n°12 à ce groupe SI pour réactions / compléments éventuels des membres de l'atelier

Contenu du volet

Le pilotage de la politique nécessite de disposer d'un appareillage de données et de traitement de celles-ci, la programmation de leur exploitation et la division du travail entre les différentes entités chargées de cette activité statistique. Par ailleurs, la mise à disposition de données nécessite la mobilisation des données de gestion dans le cadre d'un système d'informations organisé. Elle nécessite enfin la mobilisation de méthodes partagées et acceptées concernant les modes de mesure et les indicateurs retenus.

État des lieux / diagnostic de l'existant

Les publications statistiques régulières se sont accrues, principalement du fait des travaux de la CNSA et de la DREES. L'analyse statistique du vieillissement a par ailleurs été de plus en plus prise en compte dans les travaux des autres opérateurs (CNAMTS, CNAVTS et autres opérateurs de protection sociale en particulier). Ces travaux se concrétisent par des publications plus régulières et nombreuses et la mise à disposition d'informations annuelles au Parlement dans le cadre notamment du PQE joint au PLFSS chaque année (« invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – handicap et dépendance »).

Toutefois, la production statistique peut être améliorée dans plusieurs perspectives:

- la mise à disposition simplifiée des données de gestion par l'unification des systèmes d'information /leur interopérabilité / une politique accrue de recueils et d'échanges de données dans un cadre standardisé
- la définition d'indicateurs et de méthodes d'exploitation / d'analyse pérennes
- la coordination accrue des productions assurées par les services statistiques des différentes entités
- l'élaboration d'une stratégie « statistique au service des métiers » et non d'une statistique dévolue uniquement au pilotage, au suivi et à l'évaluation des politiques

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 13 «Pilotage et suivi des objectifs stratégiques – volet statistique »

Objectifs et principes

Renforcer la qualité des productions statistiques, leur fiabilité et leur régularité par la mise à disposition des informations nécessaires par les différents acteurs.

Mettre en œuvre une gouvernance spécifique du volet statistique permettant de réaliser les quatre axes d'amélioration susmentionnés.

Évolutions envisageables

Mise en œuvre d'une structure de coordination des différents services statistiques

Intégration des besoins statistiques dans le cadre du pilotage du secteur

Stratégie de déploiement et de renforcement de la fonction statistique

Standards imposés aux acteurs sectoriels et territoriaux en matière de mise à disposition et de remontées de données

Définition d'une banque d'indicateurs mobilisés notamment dans le cadre des PQE

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 14 «Système global de gouvernance (co-construction, rôle des différents acteurs, lisibilité et pérennité institutionnelle) »

Volet en cours d'analyse, échanges relevant en grande partie de l'analyse des scénarios proposés dans le cadre de la séance n°4 de l'atelier

Contenu du volet

Sans préjudice des travaux à venir sur des scénarios de gouvernance, cet axe vise à apprécier les attentes générales de l'atelier s'agissant du système cible.

État des lieux / diagnostic de l'existant

La gouvernance et le pilotage actuels se caractérisent par leur grande complexité, du fait de l'imbrication d'acteurs divers, aux logiques d'action et légitimités différentes. La structuration renforcée de la politique a donné lieu à la mise en œuvre d'une institution nationale dédiée, la CNSA, qui prend en charge tant les politiques liées au handicap que celles liées à la perte d'autonomie des personnes âgées. La caisse nationale a vu son rôle renforcé et conforté au fil des années et des évolutions législatives et réglementaires. Organisme *sur generis*, la CNSA l'est à de nombreux titres: elle intervient sur des champs très diversifiés (pilotage de l'offre, intermédiaire financier et organisme de financement, mise en œuvre de méthodes et de projets nationaux, information grand public, support technique et méthodologique, conduite d'évaluation et structuration de la recherche...); sa gouvernance interne est spécifique puisqu'elle associe l'ensemble des acteurs (représentants des usagers, des collectivités territoriales, de l'Etat, des organismes de sécurité sociale) et en cela son fonctionnement est particulier et ne correspond à celui d'aucune institution identifiée (organisme de sécurité sociale, établissement public, administration, collectivité...).

Par ailleurs, au niveau territorial, la politique est animée par les différents acteurs en ce qui concerne les compétences dont ils ont la charge et selon leurs modes propres de gouvernance. Les textes successifs ont néanmoins institué des lieux de coordination / concertation à l'instar, récemment des conférences des financeurs.

L'évolution éventuelle de la gouvernance propre aux politiques en faveur des personnes âgées conduirait à interroger le maintien, l'approfondissement ou la remise en cause du schéma institutionnel actuel et les voies et moyens de ces différentes alternatives.

Thème 3 / Pilotage de la politique publique

Volet 14 «Système global de gouvernance (co-construction, rôle des différents acteurs, lisibilité et pérennité institutionnelle) »

Volet en cours d'analyse, échanges relevant en grande partie de l'analyse des scénarios proposés dans le cadre de la séance n°4 de l'atelier

État des lieux / diagnostic de l'existant (suite)

Dans ce cadre, il est proposé à l'atelier de s'exprimer sur les avantages et inconvénients du système actuel de gouvernance au regard (i) de sa visibilité / lisibilité légitimité, (ii) de son apport en matière de co-construction, (iii) du rôle suffisant ou insuffisant des différents acteurs et parties prenantes et (iv) de la soutenabilité / pérennité de ce schéma de gouvernance.

L'approche doit être conduite a priori à deux niveaux, national et territorial

Objectifs et principes

Doter la politique en faveur des personnes âgées d'un système pérenne, lisible et légitime de gouvernance et, dans ce cadre, assurer que le système de gouvernance met la personne âgée « au centre » de ses préoccupations. Garantir la participation des différents acteurs et la mise en place de logiques de co-construction entre les entités portant et mettant en œuvre les actions.

Évolutions envisageables

Définition d'un système national et territorial de gouvernance

Mise en œuvre de modalités de coordination (souple / impérative) entre les différents acteurs

Champ dévolu au système de gouvernance (social, sanitaire, cadre de vie...)

ATELIER GOUVERNANCE ET PILOTAGE – COMPTE-RENDU DE LA SEANCE N°4 DU 16 JANVIER 2019

Programme des travaux de l'atelier pour les deux dernières séances de travail – Précisions de la co-présidence

La co-présidence rappelle les grands principes retenus par l'atelier qui conditionnent le système de gouvernance et de pilotage et ses évolutions : intérêt supérieur de la personne âgée et de l'aidant, objectifs de simplification et d'intelligibilité globale du système pour l'utilisateur. Elle souligne que des points de convergence ont été atteints sur les points suivants :

- Statistique et évaluation ;
- Pilotage de et par la qualité ;
- Principe d'un renforcement du cadrage national des modalités d'accueil et d'orientation des usagers, des conditions d'ouverture de droits et du niveau de la prestation ;
- Principe d'un positionnement de chaque acteur sur son cœur de métier, étant donné la technicité de la prise en charge. Les doubles compétences doivent être évitées autant que possible ;
- Un des scénarii proposés par l'atelier prévoira la possibilité de procéder par expérimentations, avec des délégations de crédits et de compétences entre ARS et départements

Les contributions déposées à ce jour par les membres de l'atelier proposent des modèles de transformation radicale (big bang par, le plus souvent, le passage d'un système complexe avec de multiples acteurs à un système mono-acteur). L'atelier converge sur la nécessité d'une simplification de la gouvernance. Pour autant, si une révolution paraîtrait souhaitable, ses modalités ne font pas l'objet d'un consensus entre les participants de l'atelier et sa faisabilité ne semble pas avérée. A deux égards : le passage d'un système à un autre n'est pas analysé dans les contributions transmises et les garanties de meilleure prise en charge ne sont pas démontrées. Au final, si des changements profonds sont susceptibles d'intervenir sur tel ou tel champ, le changement intégral de système de pilotage et de gouvernance en confiant les compétences et actions à une seule catégorie d'acteurs - afin de renforcer la qualité de service et de prise en charge des usagers - paraît peu envisageable à court ou moyen terme. Lors des dernières séances de travail, outre l'analyse des différents scénarios, l'atelier devrait donc s'attacher à documenter les étapes et prérequis de la migration - tant globale que s'agissant de tel ou tel secteur - vers un autre modèle de gouvernance et de pilotage, ainsi que les risques associés.

La coprésidence rappelle que le livrable final de l'atelier sera constitué de l'ensemble des comptes-rendus de réunions et des documents discutés en séance. Les membres de l'atelier sont à nouveau invités à formuler leurs observations sur ces documents.

La co-présidence rédigera en sus une note sous sa responsabilité à l'issue des travaux en atelier. Cette note n'engagera pas l'atelier. Elle sera transmise aux membres. Ces derniers pourront formuler leurs remarques à la coprésidence et au rapporteur. Dans le cas où ils souhaiteraient manifester un désaccord important, ils pourront rédiger une note de dissensus qui serait transmise en même temps que la note des coprésidents.

Observations des membres de l'atelier :

- Il est de l'intérêt de l'utilisateur d'éviter les financements et les compétences croisés, et de réduire la complexité actuelle de l'allocation des ressources aux établissements et services. Les responsabilités devront être clarifiées. Si aucune solution ne s'impose radicalement par rapport aux

autres, il est fondamental d'éviter de repartir pour plusieurs années sur le système actuel. L'atelier devra produire des propositions de réforme claires ;

- La qualification des scénarii devra faire intervenir la compatibilité avec une convergence ou harmonisation future entre personnes handicapées et personnes âgées. Ce sera un critère de qualification des différents scénarii ;
- Les schémas de délégations de compétences devront tenir compte de la capacité du délégant à contrôler l'exécution des conventions de délégation et à assurer la réversibilité d'une délégation ;
- Les scénarii produits par l'atelier devront tenir compte de l'attente forte d'une plus grande égalité de traitement des personnes en tout point du territoire ;
- Un équilibre difficile devra être trouvé entre deux objectifs en tension : d'une part l'objectif du pilote unique de l'accompagnement de proximité de la personne, sur l'ensemble de ses besoins, et d'autre part l'objectif d'une meilleure articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Prise en charge de la personne en *front office* et en routine

Il faut répondre à une personne âgée ou à son parent qui est confronté à un problème de perte d'autonomie. L'objectif d'une unification du front office est dans cette perspective retenu comme une mesure de simplification pour l'utilisateur et d'égalité de traitement sur le territoire. Ce guichet unique ne devra pas se superposer aux guichets existants : une rationalisation devra être opérée.

Plusieurs principes structurants sont identifiés :

- Un volet du guichet unique relève, par définition, du niveau national, celui consistant à apporter une information sur les droits ouverts au niveau national ; dans ce cadre, le service général d'information nationale sera assuré exclusivement à ce niveau ; les acteurs locaux interviendraient de manière subsidiaire sur les volets territoriaux, contrairement à la situation actuelle, le site internet et la réponse téléphonique de premier niveau seraient ainsi assurés exclusivement au niveau national et par un acteur national unique dans le cadre d'une approche transparente pour l'utilisateur (la « marque » nationale étant la même que la « marque » locale et les standards et référentiels opposables étant les mêmes – voir *infra*) ;
- La visibilité du guichet unique pour la personne âgée ou l'aidant nécessite de créer une marque nationale spécifique, des dispositifs nationaux de communication et un cahier des charges national permettant d'assurer un socle minimal de missions, de standards de qualité, de maillage du territoire et de règles de fonctionnement tous opposables aux acteurs locaux. Un fonctionnement sous forme de label doit être retenu. Le lien entre l'instance et la population dont elle assure l'accueil doit être clair ;
- Dans le respect des standards et normes opposables et élaborés au niveau national, les acteurs locaux se verraient reconnaître une grande liberté pour organiser le guichet unique et s'appuyer par exemple sur des relais de proximité comme les CCAS ou les CIAS ;
- La performance du futur guichet unique des personnes âgées devra être évaluée et les performances locales comparées au niveau national ;
- Les spécificités de la personne âgée nécessitent le maintien d'un accueil physique de proximité. Le guichet unique ne devrait pas excessivement reposer sur l'accueil téléphonique ou sur l'accueil en ligne et les téléservices ; compte tenu du découpage national – local mentionné *supra*, le rôle de l'échelon territorial serait premier à cet égard ;
- Le guichet unique devra assurer un premier niveau d'accueil et d'information pour les personnes âgées et les aidants. Trois points restent en suspens concernant ses missions :

- L'étendue de la mission d'évaluation confiée au guichet unique : il pourrait être prévu a minima un premier niveau d'évaluation, mais le guichet pourrait également organiser l'ensemble de l'évaluation médico-sociale ;
- La fonction de coordination des interventions autour de la personne pourrait s'exercer soit pour les seuls publics fragiles ou pour l'ensemble des bénéficiaires d'une prestation. L'atelier retient la piste d'un niveau de coordination proportionné au besoin de la personne ;
- Le guichet pourrait également être un lieu de coordination des professionnels entre eux.

Droits ouverts et niveau de prise en charge

Un tunnel tarifaire pourrait être fixé au niveau national, permettant ainsi de normer davantage la prestation et de tenir compte des spécificités territoriales. Le territoire doit garder une marge extra-légale, mais la prestation doit être universalisée. Certains membres de l'atelier soulignent qu'il est possible d'avoir une prestation homogène au niveau national tout en tenant compte de spécificités locales, à travers des coefficients géographiques. Ce point ne fait pas consensus au sein de l'atelier.

La standardisation de la prestation paraît devoir être envisagée différemment pour l'établissement et pour le domicile.

- Les EHPAD étant de plus en plus médicalisés, ils se rapprochent d'établissements de soin et un sujet d'égalité de traitement sur le territoire apparaît. La standardisation de la prestation paraît nécessaire, avec la difficulté persistantes pour ces établissements des différences de statut et donc de charges (notamment de personnel) différentes d'un secteur à l'autre ;
- La territorialisation de la prestation paraît devoir être plus forte pour les prises en charge à domicile. La DGCS rappelle que des travaux sont en cours au sujet de la tarification des SAAD ; Ces travaux envisagent un tarif national et une part du financement allouée dans le cadre d'un CPOM afin de tenir compte de spécificités locales ;
- A noter que la question de la standardisation nationale de l'aide sociale à l'hébergement se pose ;

L'atelier s'entend sur le fait qu'il sera difficile de ne pas donner de signal quant à l'universalisation de la prestation et à l'égalité de traitement sur le territoire dans l'hypothèse d'un effort financier important.

Mode d'évaluation des besoins

L'atelier est favorable à une révision de la grille AGGIR.

Deux scénarii émergent des discussions de l'atelier :

- Un scénario de prolongement de l'existant visant à renforcer l'articulation entre les équipes médico-sociales des Conseils départementaux et les équipes des caisses de retraite. Constatant que le seul principe de reconnaissance ne suffit pas à éviter les doubles évaluations, il est proposé de prévoir une mise en œuvre immédiate du plan d'aide dès la première évaluation et une opposabilité de cette première évaluation aux autres acteurs pendant une durée limitée (un an par exemple) ;
- Un scénario de rupture proposant l'unification du pilotage des évaluations au sein des Conseils départementaux, qui possèdent des équipes mixtes, une expertise, un maillage du territoire, et pourraient être chefs de file. Il est notamment souligné que les évaluations pilotées par les caisses de retraite sont entièrement externalisées. Ce scénario a l'avantage de la simplicité pour la

personne âgée. Il suppose néanmoins de fusionner des équipes, médico-sociale d'une part, sociales d'autre part, dont les membres ont des statuts différents.

La question de la séparation de l'évaluateur et du financeur est soulevée. Cette séparation permettrait de détacher l'évaluation du besoin de toute considération de maîtrise de la dépense de prestation. A l'inverse, il priverait le Conseil départemental d'un levier de maîtrise de la dépense. Ce point ne fait pas consensus au sein de l'atelier.

Les difficultés d'exercice du droit au recours pour la personne âgée sont soulignées. La capacité de la personne à contester l'évaluation est fondamentale dans l'équilibre futur du service de la prestation. La faible fréquence des recours devant le juge administratif interpelle. Il est opposé que les litiges sont généralement soldés au niveau du recours amiable. Des solutions d'accompagnement des personnes dans l'exercice du droit au recours pourront néanmoins être explorées. Un droit à la réévaluation doit pouvoir être affirmé. Cette approche apparaît tout à fait clef alors que nombres d'acteurs soulignent la nécessaire affirmation de la « citoyenneté » des personnes âgées.

Pilotage de l'offre à domicile et en établissement

Trois scénarii sont proposés pour l'offre à domicile sans que l'atelier ne prenne position :

- Financement et gestion de l'ensemble de l'offre à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) par les ARS, le Conseil départemental restant pilote de la prestation et de la réponse au besoin de la personne ;
- Faire du SPASAD le modèle dominant du service à domicile afin de limiter les coupures entre nursing et soin, en confiant à cette structure unique du domicile une fonction de coordination des interventions rémunérée par le tarifificateur. Le Conseil départemental pilote cette offre à domicile rénovée en recevant une délégation de crédit d'assurance maladie, sous le contrôle de l'ARS ;
- Généralisation du SPASAD selon le même modèle que celui du scénario précédent, mais sous pilotage de l'ARS.

Concernant l'offre en établissement, un scénario de départementalisation est proposé, l'ARS se recentrant sur ses fonctions de contrôle, d'inspection et d'évaluation. Le Conseil départemental présiderait le Conseil d'administration de l'ensemble des EHPAD publics. Ce scénario ne fait pas consensus. Les discussions à ce sujet se prolongeront en début de cinquième séance.

Préparation de la prochaine séance de l'atelier

Les comptes-rendus et documents discutés en séance sont transmis aux membres de l'atelier pour observations et commentaires.

Les membres de l'atelier peuvent transmettre leurs contributions écrites au sujet du pilotage de l'offre en établissement en vue d'une discussion à ce sujet en début de séance prochaine.

La cinquième et dernière séance de l'atelier sera consacrée à la discussion de scénarii de gouvernance. Un document sera remis en séance à partir des contributions écrites transmises à la co-présidence et au rapporteur avant le 23 janvier 20h.

La prochaine séance de l'atelier se tiendra le 30 janvier 2019 de 9h30 à 12h30 en salle 7234 au ministère, 14 avenue Duquesne.

Support de la réunion d'atelier du 30/01
Version modifiée du 04/02 - Ne pas diffuser



grand âge et autonomie

Atelier 1 – Gouvernance et pilotage
Réunion du 30 janvier 2019

Cinquième séance – Scenarii de gouvernance et de pilotage

Le présent document retrace les scenarii de gouvernance et de pilotage identifiés à partir des contributions des membres de l'atelier, et le cas échéant les systèmes institutionnels en découlant. Il détaille :

- *Les scenarii de gouvernance et de pilotage au niveau local, et qualifie ces scenarii à partir d'une liste de critères issue des échanges en atelier ;*
- *Les premières implications au niveau national de ces différents scenarii.*

Ce document est provisoire. La liste de scenarii, comme les forces, faiblesses et risques identifiés pour chacun d'entre eux, ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle doit faire l'objet de discussions en atelier et pourra être amendée au cours de la réunion.

Les scenarii ici présentés constituent des idéaux-types en partie modulables.

Les discussions en atelier ont pour objectif :

- *De finaliser ou de rééquilibrer la qualification des différents scenarii ;*
- *De renseigner plus précisément les implications au niveau national des scenarii de pilotage local, mal couvertes par les contributions reçues ;*
- *De préciser les étapes et prérequis de la migration d'un système vers l'autre.*

Cinquième séance – Scenarii de gouvernance et de pilotage

Les systèmes institutionnels décrits dans le présent document ne remettent pas en cause les éléments de consensus parmi les membres de l'atelier :

- *Le système de pilotage et de gouvernance doit tendre vers un but unique, mieux servir et prendre en charge l'usager, la personne âgée doit être au centre des préoccupations*
- *L'égalité de traitement sur le territoire est un objectif fondamental du futur système de gouvernance et de pilotage ;*
- *Un guichet unique déployé sur les territoires sur la base d'une marque unique nationale et d'un cahier des charges national fixant des standards minimum de qualité et permettant d'évaluer la performance du front office ;*
- *Une prestation davantage normée au niveau national, tant dans son niveau que dans ses conditions d'accès ;*
- *Des standards et un référentiel de qualité nationaux, adossés à un renforcement des capacités d'évaluation des résultats de la politique du grand âge ;*
- *Un pilotage national pour les sujets de systèmes d'information ainsi que pour la stratégie d'attractivité et de promotion des métiers du grand âge ;*
- *Une gouvernance financière renforcée, notamment dans le cadre de la LFSS ;*
- *Des fonctions de coordination des interventions autour de la personne limitées aux situations les plus complexes.*

Ces principes sont considérés par l'atelier comme acquis. Les scenarii institutionnels ici envisagés ne les remettent aucunement en cause.

Cinquième séance – Scenarii de gouvernance et de pilotage

I. Scenarii de pilotage et de gouvernance au niveau local

- a. *Articulation entre les pilotages du front office, de la prestation et de l'offre*
- b. *Pistes transversales*

II. Implications au niveau national

- a. *Pilotage national de la politique du grand âge*
- b. *Pilotage des sujets transversaux*
- c. *Suivi de la réforme*

Scenarii de pilotage et de gouvernance au niveau local

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

a. Articulation entre les pilotages du front office, de la prestation et de l'offre

Scenarii de prolongement de l'existant

- Piste 1 : Contrats territoriaux d'autonomie
- Piste 2 : Agencement des compétences

Scenarii d'unification du pilotage de l'offre

- Piste 3 : Départementalisation – le Conseil départemental pilote l'ensemble de l'offre médico-sociale
- Piste 4 : Intégration au niveau des ARS – l'ARS pilote l'ensemble de l'offre médico-sociale
- Piste 5 : Pilotage partagé de l'offre – l'ARS pilote l'offre en établissement, le Conseil départemental pilote l'offre à domicile

Scenarii de gestion par un organisme de sécurité sociale de la prestation et du front office

- Piste 6 : Gestion par la branche maladie
- Piste 7 : Gestion par la branche vieillesse

b. Pistes transversales

- Prévention de la perte d'autonomie
- Systèmes d'information et ressources humaines
- Consultation des personnes âgées, des aidants, des professionnels
- Médiation et renforcement du pouvoir d'agir des personnes
- Soutien à l'innovation

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Scenarii de prolongement de l'existant

- Piste 1 : Contrats territoriaux d'autonomie
- Piste 2 : Agencement des compétences

Scenarii d'unification du pilotage de l'offre

- Piste 3 : Départementalisation – le Conseil départemental pilote l'ensemble de l'offre médico-sociale
- Piste 4 : Intégration au niveau des ARS – l'ARS pilote l'ensemble de l'offre médico-sociale
- Piste 5 : Pilotage partagé de l'offre – l'ARS pilote l'offre en établissement, le Conseil départemental pilote l'offre à domicile

Scenarii de gestion par un organisme de sécurité sociale du front office et de la prestation

- Piste 6 : Gestion par la branche maladie
- Piste 7 : Gestion par la branche vieillesse

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Les critères de qualification des différents scenarii posés par l'atelier

- Egalité de traitement sur le territoire national
- Capacité à assurer une répartition équitable des capacités de prise en charge sur le territoire national
- Doublons de tâche et efficience de l'action publique
- Simplification et lisibilité pour la personne
- Fluidité du parcours
- Effectivité du guichet unique
- Niveau d'intégration des différentes composantes de la réponse aux besoins de la personne (soins, nursing, aide à la vie quotidienne, aide sociale, aménagement du logement, services de proximité, etc.)
- Niveau d'intégration des segments de l'offre médico-sociale (services à domicile, soins infirmiers à domicile, établissement)
- Niveau d'intégration de l'offre médico-sociale et de l'offre sanitaire
- Possibilité d'une convergence future entre les publics PA et PH
- Simplification des procédures pour les gestionnaires
- Capacité du pilotage et de la gouvernance à collecter et croiser des données, et à piloter un rapprochement des systèmes d'information
- Risques associés à la migration du système actuel vers le système cible

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°1 : Contrats territoriaux d'autonomie

Description du scénario

- Aucun transfert de compétences n'est effectué de manière systématique, mais l'articulation entre les compétences respectives des ARS, des Conseils départementaux et des caisses de retraite est assurée à travers des contrats territoriaux d'autonomie signés au niveau de chaque département ;
- Les contrats peuvent prévoir trois niveaux d'intégration différents :
 - Reconnaissance mutuelle : par exemple reconnaissance mutuelle des évaluations, appels à projet commun, programmation conjointe des inspections-contrôles ;
 - Délégation de compétences : par exemple délégations de crédits de prévention, délégations croisées entre ARS et Conseil départemental afin d'unifier le pilotage des établissements et du domicile
 - Gestion intégrée sous forme de GIP : par exemple pour la politique de prévention, l'appui à la coordination ou le *front office*, les évaluations.
- Un financement incitatif attribué par la CNSA peut inciter à une intégration renforcée ;
- Des obligations minimales de coopération peuvent être fixées à travers des invariants des contrats territoriaux définis au niveau national (ex. : SI, ressources humaines, etc.).

Variante : suite à une expérimentation, mise en œuvre d'une délégation de compétences plus large et pérenne, sur la base d'une analyse territoriale, afin d'affirmer le rôle d'un acteur unique dans chaque territoire

Variante : respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement)

Variante : création d'un pouvoir d'injonction permettant à un acteur tiers (à définir) d'intervenir en l'absence d'accord local

Ce scénario est compatible avec les scenarii 3, 4, 5.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°1 : Contrats territoriaux d'autonomie

Forces

- Permet d'atténuer les effets des doublons de compétence, voire de les réduire, sur la base d'un partenariat et d'engagements volontaires des acteurs ;
- Les risques liés à la transition sont maîtrisés ;

Faiblesses

- Simplification et lisibilité. Ce scénario ne clarifie pas la répartition des compétences et conduit potentiellement à la création de nouvelles structures à travers les GIP. La simplification pour la personne dépend du niveau d'ambition de l'intégration prévue par le contrat et de la capacité des acteurs à stabiliser dans le temps la répartition des compétences.
- Egalité de traitement sur le territoire national. Ce scénario conduit à mettre en place des systèmes de gouvernance propres à chaque département, et contribue à renforcer le manque de lisibilité globale du pilotage.
- Faible régulation interdépartementale de la répartition des capacités de prise en charge.
- Forte complexité pour les ARS pour lesquelles les difficultés liées au co-pilotage d'une politique du grand âge par département sont renforcées, avec des modes d'exercice des compétences pouvant être très hétérogènes d'un département à l'autre.

Risques

- L'absence d'accord local conduirait à un *statu quo* en termes de fluidité des parcours, d'effectivité du guichet unique, d'intégration des différents segments de l'offre, de complexité pour les gestionnaires et de coordination des réponses aux besoins individuels ;
- La capacité du délégant à contrôler le respect de ses engagements par le délégataire et, le cas échéant, à revenir sur une délégation de compétence ou une mise en commun de ressources au sein d'un GIP est fondamentale. Elle constitue, avec la capacité à imposer des pénalités ou des sanctions, la condition nécessaire au bon fonctionnement du système cible ici envisagé. Les contrats doivent être réversibles pour assurer l'atteinte d'objectifs de performance de la politique du grand âge.
- Coût de la transition : professionnalisation de la fonction de pilotage de la délégation et de contrôle du respect des engagements du délégataire.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

Plusieurs membres de l'atelier insistent sur le fait que ce scénario n'apporte pas de réponse aux grands enjeux identifiés par l'atelier, à savoir l'égalité de traitement sur le territoire et le besoin de clarification de la gouvernance. Ce scénario est jugé complexe, rajoute de nouvelles instances et nécessiterait probablement des ressources supplémentaires.

Si cette piste formalise mieux les systèmes existants dans les départements où la coopération fonctionne actuellement, elle maintient implicitement un statu quo sur les territoires où la coopération entre acteurs est dégradée. Ce scénario pourrait donc prévoir l'intervention d'un tiers, ou l'exercice d'un pouvoir d'injonction confié à un tiers. Cette solution demeurerait néanmoins difficile à mettre en œuvre en pratique, étant donné qu'elle reviendrait à imposer la prééminence d'un des acteurs locaux.

L'équilibre d'un éventuel GIP devra tenir compte des difficultés rencontrées lors de la mise en place des GIP MDPH, qui font actuellement l'objet de travaux dans le cadre de la CNH (notamment concernant le rôle de l'Etat dans le GIP et la gestion des ressources humaines).

La CNSA estime que les risques et les faiblesses soulignés sont relativement pessimistes, ce scénario se rapprochant de la contractualisation entre Etat et Conseils départementaux mise en place dans le cadre de la stratégie pauvreté. La CNSA estime que ce type de contractualisation, à travers l'insertion dans les contrats de clauses homogènes sur le territoire national (notamment concernant des standards de qualité), est un facteur de promotion de l'égalité et de renforcement de l'efficacité, avec des sanctions financières associées à la non-réalisation des objectifs.

Un membre de l'atelier souligne que malgré ses limites ce scénario tient compte d'une réalité à laquelle sera confrontée la réforme : une volonté a priori de faire la révolution, de tout en changer, mais un réflexe plutôt conservateur de la part des gestionnaires et des usagers au stade de la mise en œuvre concrète du changement.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°2 : Agencement de compétences

Description du scénario

- Aucun transfert de compétences systématique n'est effectué au niveau du pilotage de l'offre, mais des délégations de compétences sont possibles localement ;
- Renforcement des conventions pluriannuelles CNSA – Conseils départementaux :
 - Niveau d'obligations supérieur : mise en place d'un SI commun pour faciliter l'évaluation de la politique du grand âge, objectifs de qualité des plans d'aide et des actions de soutien aux aidants, références pour la composition des équipes pluridisciplinaires ;
 - Contreparties financières adossées à des objectifs de performance et de qualité du service rendu
- Création d'un réseau territorial des missions d'information, d'accueil, d'orientation, de coordination des parcours et de gestion des situations complexes :
 - Création de GIP associant les services de l'Etat, les Conseils départementaux, les caisses de retraite, la **branche maladie** et les autres collectivités locales ;
 - Fusion des autres dispositifs d'accueil et d'appui au sein de ce réseau (MAIA, CLIC, PAERPA) et création d'équipes dédiées à l'adaptation du cadre de vie ;
 - Compétence pour l'évaluation des besoins pour l'ensemble des GIR ;
 - Animation du réseau par la CNSA et financement à travers un CPOM.
- Création de conférences des parties prenantes au niveau départemental dédiées à la coordination de l'offre globale sur l'ensemble des segments (prévention, programmation stratégique de l'offre en établissement et à domicile, parcours, habitat inclusif, etc.), englobant la conférence des financeurs et le CDCA ;
 - Une instance restreinte valide les stratégies et programmes coordonnés
 - Une instance plénière reprend les missions du CDCA.

Variante : suite à une expérimentation, mise en œuvre d'une délégation de compétences plus large et pérenne, sur la base d'une analyse territoriale, afin d'affirmer le rôle d'un acteur unique dans chaque territoire

Variante : respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement)

Variante : création d'un pouvoir d'injonction permettant à un acteur tiers (à définir) d'intervenir en l'absence d'accord local

Variante : maintien d'une double compétence d'évaluation entre branche vieillesse et Conseils départementaux et généralisation de la reconnaissance mutuelle d'un plan d'aide socle d'une durée d'un an.

La conférence des parties prenantes pourrait être mise en œuvre dans ce scénario comme dans les autres. Elle serait composée de représentants des acteurs, des partenaires sociaux, des départements et des autres collectivités (intercommunalités et communes notamment). La composition de l'instance devrait en outre garantir la pleine reconnaissance des personnes âgées et de leurs représentants (par exemple) soit par le fait que leurs représentants se voient confier des fonctions centrales (présidence ou vice présidence) soit par le fait qu'ils disposent de pouvoirs propres (moitié des sièges ou des voix, possibilité de composition par exemple). Cette conférence, dédiée aux personnes âgées, se substituerait à l'ensemble des instances existantes. Elle serait construite sur la base des enseignements et à partir des CDCA. Elle se chargerait tant des volets de pilotage stratégique que de la mise en œuvre opérationnelle (sous-formations associant les acteurs par exemple).

Ce scénario est compatible avec les scénarii 3, 4, 5.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°2 : Agencement de compétences

Forces

- Simplification de l'accès à la prestation pour l'usager avec la création de guichets uniques, déclinés sous une forme identique dans chaque département ;
- Simplification de l'évaluation des besoins avec le principe d'un évaluateur unique pour l'ensemble de la population éligible à la prestation ;
- Possibilité de convergence future des publics PA-PH au niveau des dispositifs d'accueil et d'orientation, par un rapprochement avec les MDPH ;
- Fluidification des parcours avec la création d'une instance unique de coordination des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires ;
- Renforcement de l'intégration des réponses sociales et médico-sociales apportées à la personne, sur un champ ;
- L'instance stratégique unique unifie les processus actuels de validation croisée (avis sur les PRS, avis sur les schémas départementaux)

Faiblesses

- Le maintien des doublons de compétences et de la gestion parcellisée de l'offre laisse inchangées l'actuelle complexité pour les gestionnaires, le manque d'efficacité de la régulation (dispersion des moyens, efficacité du pilotage par la qualité via les CPOM) ;
- L'offre reste gérée conjointement par plusieurs acteurs, ce qui maintient le déficit actuel de fluidité des parcours et ne permet pas de renforcer l'intégration entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale ;
- La programmation stratégique de l'offre au niveau départemental constitue un frein au redéploiement des capacités de prise en charge à l'échelle interdépartementale ou nationale

Risques

- Indétermination du pilote des conférences des parties prenantes ;
- En dépit d'un socle normatif national renforcé et d'un effort d'harmonisation des pratiques à travers les conventions CNSA-Conseils départementaux, les garanties d'égalité de traitement sur le territoire restent conditionnées à la capacité de s'assurer de la bonne exécution des conventions ;
- Manœuvre RH de l'intégration des équipes d'accueil et d'évaluation actuellement rattachées à des acteurs différents ;
- Articulation des guichets uniques avec les PTA indéterminée

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

L'atelier propose que la branche maladie soit présente dans les GIP destinés dans ce scénario à exercer les missions d'information, d'accueil, d'orientation, de coordination des parcours et de gestion des situations complexes.

Plusieurs membres de l'atelier insistent sur le fait que ce scénario n'apporte pas de réponse aux grands enjeux identifiés par l'atelier, à savoir l'égalité de traitement sur le territoire et le besoin de clarification de la gouvernance. Ce scénario est jugé complexe, rajoute de nouvelles instances et nécessiterait probablement des ressources supplémentaires.

Si cette piste formalise mieux les systèmes existants dans les départements où la coopération fonctionne actuellement, elle maintient implicitement un statu quo sur les territoires où la coopération entre acteurs est dégradée. Ce scénario pourrait donc prévoir l'intervention d'un tiers, ou l'exercice d'un pouvoir d'injonction confié à un tiers. Cette solution demeurerait néanmoins difficile à mettre en œuvre en pratique, étant donné qu'elle reviendrait à imposer la prééminence d'un des acteurs locaux. Cela étant le scénario 2 semble moins bloquant que le scénario 1.

Concernant l'unification de la fonction d'évaluation des besoins, il est souligné que la manœuvre RH serait relativement allégée dans la mesure où les équipes d'évaluation de la branche vieillesse sont aujourd'hui externalisées. La CNAV souligne néanmoins que cette mission fait également intervenir des agents des services sociaux des CARSAT. Elle estime prioritaire de proposer un formulaire unique d'évaluation et la reconnaissance d'un plan d'aide socle d'un an discuté et mutuellement reconnue entre CARSAT et Conseil départemental.

Un membre de l'atelier souligne que malgré ses limites ce scénario tient compte d'une réalité à laquelle sera confrontée la réforme : une volonté a priori de faire la révolution, de tout en changer, mais un réflexe plutôt conservateur de la part des gestionnaires et des usagers au stade de la gestion concrète du changement.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°3 : Départementalisation

Description

- Le Conseil départemental programme, autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées :
 - Il reprend la compétence d'autorisation de l'ensemble de l'offre à domicile et en établissement, la programmation des CPOM, la contractualisation, le financement et le suivi des démarches qualité ;
 - L'ARS est recentrée sur le pilotage de l'offre sanitaire et sur le contrôle des établissements et services médico-sociaux.
- Création d'un cadre juridique unique pour l'ensemble des établissements publics
 - Pour l'ensemble des statuts actuels : hospitaliers, autonomes, gérés par un CCAS. En particulier les EHPAD hospitaliers seraient désolidarisés des services sanitaires ;
 - Présidence des conseils d'administration des établissements publics par le Conseil départemental
- Compétence du Conseil départemental pour l'ensemble des évaluations de besoins, quel que soit le degré de perte d'autonomie de la personne
- Guichet unique géré par le Conseil départemental

Variante : respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement)

Ce scénario est compatible avec les scénarii 1 et 2.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°3 : Départementalisation

Forces

- Développement d'une offre médico-sociale intégrant un ensemble de réponses pour étayer le maintien à domicile en renforçant les liens entre établissement et domicile (accueils de jour, accueils temporaires, etc.) ;
- Continuum de réponses entre la prise en charge médico-sociale et les autres services de proximité, sous condition d'une animation par le Conseil départemental des interventions des autres niveaux de collectivités locales, notamment les communes et intercommunalités ;
- Simplification de l'évaluation des besoins avec le principe d'un évaluateur unique pour l'ensemble de la population éligible à la prestation ;
- Le responsable de l'offre médico-sociale (à différencier de la responsabilité de la qualité globale, y compris sanitaire, de la prise en charge et du parcours) est clairement identifié et rend des comptes à l'utilisateur ;
- Simplification des procédures pour les gestionnaires et suppression des doublons de compétence

Faiblesses

- Etanchéité entre l'offre médico-sociale et l'offre sanitaire, qui crée des risques accrus de ruptures de parcours ;
- Cloisonnement des portes d'entrée sanitaire d'une part et médico-sociales d'autre part : absence *de facto* de guichet unique ;
- Absence de renforcement de l'égalité de traitement entre les territoires par rapport à la situation actuelle, difficulté à garantir une harmonisation nationale de l'allocation des ressources et *in fine*, du reste à charge ;
- La programmation stratégique de l'offre au niveau départemental constitue un frein au redéploiement des capacités de prise en charge à l'échelle interdépartementale ou nationale
- Abandon de la régulation nationale globale de l'ONDAM
- La gestion de l'offre est susceptible de connaître des inflexions fortes en fonction du cycle électoral.

Risques

- Nécessité à terme d'un repositionnement de certains segments de l'offre sanitaire (USLD, UHR, unités géro-psycho-geriatriques) ;
- Manœuvre RH de l'intégration des équipes d'accueil et d'évaluation actuellement rattachées à des acteurs différents ;
- Incertitude quant aux leviers permettant d'assurer des standards de qualité homogènes sur le territoire ;
- Transition complexe : transferts de ressources, unification des établissements sous une même forme juridique, manœuvre RH, modalités de pilotage des dépenses, d'assurance maladie à définir

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

La FHF marque son opposition à la demande de modification de la gouvernance des EHPAD publics portée dans ce scénario. Elle fait valoir que la maille départementale paraît trop large pour que l'exercice de la présidence des conseils d'administration puisse être effectif. Ce scénario entraînerait par ailleurs une confusion entre financeur et organe délibérant.

Il est souligné que le sous-jacent principal de ce scénario est l'attribution de financements permettant aux Conseil départementaux d'exercer leurs compétences élargies, ainsi que le nécessaire effort de péréquation financière entre départements. Se pose donc la question dans ce scénario d'un éventuel ajustement du pacte de Cahors et de la contrainte fixée sur les dépenses des Conseils départementaux.

Il faut noter que les Conseils départementaux n'assurent pas seuls l'ensemble des services sociaux de proximité et les services attachés à la vie quotidienne (mobilité, aménagement, conciergerie, etc.). Cette compétence, sur laquelle ils sont pleinement légitime, suppose une coordination étroite avec les autres niveaux de collectivités locales, notamment les communes et les intercommunalités. Le Conseil départemental doit donc assurer une fonction d'animation territoriale en la matière.

L'atelier estime que ce scénario doit nécessairement être accompagné d'un renforcement du cadrage national de la prestation et de la fixation d'objectifs contraignants en matière de qualité de la prise en charge.

La CNAV souligne que ce scénario crée une discontinuité entre les interlocuteurs de la personne en charge des actions de prévention (branche vieillesse et branche maladie) et les interlocuteurs gérant sa prise en charge médico-sociale. Ce scénario créerait donc une rupture dans la mesure où les actions de prévention, y compris celle décidées dans le cadre de la conférence des financeurs, seraient portées aujourd'hui par les organismes de sécurité sociale.

La question demeure pendante de savoir qui est le garant in fine de la qualité et exerce la compétence d'inspection-contrôle.

Au sujet du pilotage de l'ONDAM, il pourrait être envisagé de piloter la dotation soin aux SPASAD à travers un outil de type GMPS, qui permettrait de normer l'enveloppe de crédit d'assurance maladie déléguée aux Conseils départementaux et de maîtriser son évolution. Ce scénario ne serait pas incompatible avec un mécanisme de gestion de l'ONDAM dans le cadre d'une stricte délégation de gestion aux Conseils départementaux.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°4 : Intégration au niveau des ARS

Description

- L'ARS programme, autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale pour les personnes âgées
 - Responsabilité totale de l'ARS sur les SAAD et SPASAD, le Conseil départemental perdant sa compétence d'autorisation des SAAD
 - La fonction de coordination des parcours et de gestion des situations complexes est assurée au sein des PTA et distinguée du guichet unique placé sous responsabilité du Conseil départemental
- Le Conseil départemental est conforté en tant que chef de file de l'action sociale et qu'interlocuteur de proximité de la personne
 - Aide à la vie quotidienne à vocation sociale et adaptation des logements ;
 - Maintien des responsabilités concernant la gestion de l'APA et l'évaluation médico-sociale (possibilité d'une reprise de l'ensemble de la compétence d'évaluation par le Conseil départemental ;
 - Maintien à court terme de la compétence hébergement et habilitation à l'aide sociale pour les EHPAD ;
 - Responsabilité de l'information et de l'accès au droit

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°4 : Intégration au niveau des ARS

Forces

- Pilotage par l'Etat de l'ensemble de l'offre, fournissant *a priori* davantage de garanties d'égalité de traitement sur le territoire ;
- Création d'une offre territoriale gérontologique intégrée permettant le couplage d'une offre à domicile réagencée (généralisation des SPASAD) avec le plateau technique des établissements ;
- Développement d'une offre médico-sociale intégrant un ensemble de réponses pour étayer le maintien à domicile en renforçant les liens entre établissement et domicile (accueils de jour, accueils temporaires, etc.) ;
- Le responsable du parcours et de la qualité de la prise en charge à la fois sanitaire et sociale est clairement identifié ;
- Simplification des procédures pour les gestionnaires et suppression des doublons de compétence ;
- Capacité à procéder à des rééquilibrages interdépartementaux sur la répartition géographique des capacités de prise en charge.

Faiblesses

- Etanchéité entre l'offre sanitaire et médico-sociale d'une part, et l'offre de services de proximité à vocation sociale ;
- Césure entre le guichet unique et la coordination des intervenants pouvant entraîner une perte de lisibilité pour la personne ;
- Les modalités de pilotage et de gouvernance diffèrent fortement entre personnes âgées et personnes handicapées ;
- Perte de lien entre l'interlocuteur de proximité de la personne et le garant de la qualité de sa prise en charge, ce dernier n'ayant pas de légitimité électorale / politique
- Introduction d'une double tarification pour les SAAD ne relevant pas en totalité du champ de la prise en charge des personnes âgées

Risques

- Transition complexe : transferts de ressources, reprise des compétences de pilotage des services à domicile, risque de discontinuité dans le pilotage de SAAD en situation de fragilité économique

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

Il est rappelé que ce scénario, comme les autres, maintient le principe validé par l'atelier d'un encadrement national de l'information diffusée au niveau du guichet unique et de standards de qualité au guichet.

Il est souligné que la double tarification pour les SAAD ne relevant pas totalement du champ des personnes âgées, les difficultés ne paraissent pas de même nature que celles rencontrées au niveau des EHPAD actuellement, dans la mesure où il sera plus compréhensible pour ces structures de s'inscrire dans le cadre d'une double tarification pour des activités de nature très différentes proposées à des publics clairement distingués.

Il est souligné que dans ce scénario, les collectivités locales sont positionnées en tant que chef de file de l'accueil de proximité.

La FHF souligne que ce scénario constitue une véritable option de simplification et d'équité territoriale. Il permet une adhérence entre sanitaire et médico-social conforme au besoin de médicalisation des EHPAD.

I. SCENARI DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°5 : Pilotage partagé de l'offre

Description

- L'ARS autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale en établissement ;
- Le Conseil départemental autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) ;
- La programmation de l'offre est conjointe entre ARS et Conseil départemental pour assurer une complémentarité de l'offre à domicile et en établissement et assurer une couverture des besoins sur un territoire donné ;
- Le Conseil départemental reste gestionnaire de l'APA et pilote les évaluations médico-sociales ;
- Le guichet unique est sous pilotage conjoint ARS / Conseil départemental et intègre information, accueil, orientation, coordination, gestion de cas complexes.

Forces

- Pilotage par l'Etat de l'offre en établissement, fournissant *a priori* davantage de garanties d'égalité de traitement sur le territoire ;
- Renforcement du lien entre les établissements, où le besoin de soins est croissant, et le secteur sanitaire ;
- Préservation du lien entre prise en charge à domicile et services de proximité ;
- Risques de transition relativement maîtrisés (par rapport aux scénarii 3 et 4) ;
- Simplification pour les gestionnaires d'EHPAD et de SPASAD ;

Faiblesses

- Césure entre établissement et domicile qui peut générer des ruptures de parcours et prive d'une solution intégrée permettant l'étayage du maintien à domicile par l'appui du plateau technique des établissements ;

Risques

- Transition complexe : transferts de ressources, unification des établissements sous une même forme juridique, manœuvre RH, modalités de pilotage des dépenses d'assurance maladie à définir dans la perspective de la reprise des SSIAD par les Conseils départementaux.

Ce scénario est compatible avec les scénarii 1 et 2.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

Il est souligné que ce scénario est compatible avec les scenarii 1 et 2.

La nécessité de maintenir le principe d'un socle national de droits pour le domicile est rappelée.

Un pilotage conjoint du guichet unique entre ARS et Conseils départementaux paraît nécessaire dès lors que le guichet unique exerce les compétences d'information et d'accueil mais également de coordination des interventions autour de la personne et de gestion des situations complexes.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°6 : Gestion par la branche maladie

Description

- Scénario pouvant être combiné avec les transformations de la gestion de l'offre proposées dans les scénarii 3, 4 et 5
- Gestion de la prestation par la branche maladie
 - Reprise de la compétence d'évaluation des besoins par la branche maladie ;
 - Gestion de l'APA et de l'ASH
 - Possibilité de prestation extra-légale servie par les Conseils départementaux
- Reprise des fonctions d'information, d'accueil, d'orientation en CPAM

Forces

- Lien effectif entre sanitaire et social
- Guichet pour les personnes âgées intégré au sein d'un réseau existant, piloté au niveau national, fournissant des standards de qualité homogènes sur le territoire national ;
- Guichet déjà identifié par les personnes âgées ;
- Possibilité d'industrialisation de la gestion de la prestation et d'harmonisation des pratiques au sein du réseau de la branche maladie ;
- Simplification de l'évaluation des besoins avec le principe d'un évaluateur unique pour l'ensemble de la population éligible à la prestation ;
- Capacité forte à gérer des parcours
- Disponibilité de données administratives et médicales et unification nationale du système d'information.

Faiblesses

- Complexité pour les gestionnaires de structures avec un nouvel interlocuteur (ex. : gestion de l'ASH) ;
- Absence de guichet spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie et manque *a priori* de garanties de prise en compte des spécificités de la personne âgée (accueil physique, durée des rendez-vous, etc.) ;
- Les modalités de pilotage et de gouvernance diffèrent fortement entre personnes âgées et personnes handicapées.

Risques

- Transition complexe : gestion d'une nouvelle prestation en CPAM, manœuvre RH, transferts de ressources.

Ce scénario est compatible avec les scénarii 4 et 5.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

Il est clairement indiqué que ce scénario est modulable avec les scenarii de refonte du pilotage de l'offre, notamment le scénario 4. Ce dernier pourrait en effet impliquer de redéfinir la responsabilité du service de la prestation. Les organismes de sécurité sociale ne proposent pas de reprendre le pilotage de tout ou partie de l'offre.

Il est souligné qu'une des forces de ce scénario est la disponibilité de données administratives et médicales au sein de la branche maladie, essentielle pour évaluer la politique et cibler les publics fragiles. En outre ce scénario offre des garanties solides en matière de pilotage d'un SI unifié sur le territoire national.

Dans ce scénario, une coordination est nécessaire entre les volets prévention et gestion du risque.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Piste n°7 : Gestion par la branche vieillesse

Description

- Scenarior pouvant être combiné avec les transformations de la gestion de l'offre proposées dans les scenarii 3, 4 et 5
- Gestion de la prestation par la branche vieillesse
 - Reprise de la compétence d'évaluation des besoins par la branche vieillesse ;
 - Gestion de l'APA et de l'ASH
 - Possibilité de prestation extra-légale servie par les Conseils départementaux
- Reprise des fonctions d'information, d'accueil, d'orientation en agence retraite

Forces

- Guichet pour les personnes âgées intégré au sein d'un réseau existant, piloté au niveau national, fournissant des standards de qualité homogènes sur le territoire national ;
- Guichet déjà identifié par les personnes âgées ;
- Possibilité d'industrialisation de la gestion de la prestation et d'harmonisation des pratiques au sein du réseau de la branche vieillesse ;
- Simplification de l'évaluation des besoins avec le principe d'un évaluateur unique pour l'ensemble de la population éligible à la prestation ;
- Disponibilité de données sociales et unification nationale du système d'information.

Faiblesses

- Complexité pour les gestionnaires de structures avec un nouvel interlocuteur (ex. : gestion de l'ASH) ;
- Absence de guichet spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie et manque *a priori* de garanties de prise en compte des spécificités de la personne âgée (accueil physique, durée des rendez-vous, etc.) ;
- Les modalités de pilotage et de gouvernance diffèrent fortement entre personnes âgées et personnes handicapées.

Risques

- Transition complexe : gestion d'une nouvelle prestation en agence retraite nécessitant un suivi en continu de la personne, manœuvre RH, transferts de ressources ;

Ce scénario est compatible avec les scenarii 4 et 5.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Articulation entre les pilotages du *front office*, de la prestation et de l'offre

Réactions des membres de l'atelier

Il est clairement indiqué que ce scénario est modulable avec les scenarii de refonte du pilotage de l'offre, notamment le scénario 4. Ce dernier pourrait en effet impliquer de redéfinir la responsabilité du service de la prestation. Les organismes de sécurité sociale ne proposent pas de reprendre le pilotage de tout ou partie de l'offre.

Il est souligné qu'une des forces de ce scénario est la disponibilité de données sociales au sein de la branche vieillesse. En outre ce scénario offre des garanties solides en matière de pilotage d'un SI unifié sur le territoire national.

I. SCENARII DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Sujets transversaux

- Prévention de la perte d'autonomie (reprise de l'existant à travers la conférence des financeurs)
 - Scénario 1 : possibilité de transformation de la conférence des financeurs en GIP
 - Scénario 2 : intégration des conférences des financeurs au sein des conférences des parties prenantes
 - Scénario 3 : Conseil départemental conforté dans son rôle de chef de file de la prévention
 - Scénario 4 : Pilotage unique par les ARS et suppression des missions des conférences des financeurs ; les ARS ont mandat et autorité sur l'ensemble des opérateurs locaux de prévention via la validation, financement et contrôle de la qualité des programmes de prévention. Autre option présidence des conférences des financeurs par les ARS.
 - Scénario 6 : Animation de la démarche partenariale par la branche maladie
 - Scénario 7 : Animation de la démarche partenariale par la branche vieillesse par la création d'un GIP

- Systemes d'information et métiers

L'ensemble des scenarii impliquent des chantiers lourds en matière de systèmes d'information, sur divers segments de la politique du grand âge (accueil et orientation, gestion de la prestation, coordination des interventions, etc.)

- Scénario 1 : possibilité de création de GIP
- Scénario 2 : formations *ad hoc* au sein des conférences des parties prenantes
- Scénario 3 : Conseil départemental chef de file – Intégration de composantes SI et métiers au sein des schémas gérontologiques
- Scénario 4 : ARS chef de file – Intégration des composantes SI et métiers au sein des PRS

Nécessité d'intégrer des acteurs spécifiques (ex. des RH : service public de l'emploi, OPCO, branches, DIRECCTE, etc.)

- Représentation des personnes âgées, des aidants, des professionnels

- L'atelier retient le principe d'un appui sur les structures existantes que sont les CDCA, si nécessaire avec un ajustement de leur format et de leur positionnement, plutôt que la création de nouvelles instances. Le scénario 2 prévoit notamment l'intégration des CDCA au sein des conférences des parties prenantes.
- A noter que les CTS pourraient également être impactés dans le scénario 4.

- Légitimité politique et sociale

Plusieurs membres de l'atelier proposent de prévoir dans le système futur de gouvernance et de pilotage une instance politique adossée à l'instance territoriale de coordination des différents acteurs. Cette instance de gouvernance pourra inclure les partenaires sociaux, des représentants de professionnels de santé voire d'organismes complémentaires. Il s'agirait d'une nouvelle instance.

- Médiation et renforcement du pouvoir d'agir des personnes

- Soutien à l'innovation

Sur la base d'un cadrage national, mise en place de centres de ressources territoriaux

Implications au niveau national

II. IMPLICATIONS AU NIVEAU NATIONAL

Pilotage national de la politique du grand âge

Pour les cinq premiers scénarii, les quatre grandes missions actuelles de la CNSA doivent être maintenues :

- Fonction de caisse
- Animation territoriale
- Prospective et soutien à l'innovation
- Offre de service nationale (portail personnes âgées notamment)

La tutelle de l'Etat est assurée par le ministère chargé des personnes âgées. Elle doit porter prioritairement sur la tutelle financière et la qualité de la prise en charge.

Scénario 6

Pilotage CNAM, exercice de la tutelle par l'Etat

Scénario 7

Pilotage CNAV, exercice de la tutelle par l'Etat

II. IMPLICATIONS AU NIVEAU NATIONAL

Pilotage des sujets transversaux

Politique nationale de prévention de la perte d'autonomie

Systèmes d'information

Métiers du grand âge

Soutien à l'innovation

Evaluation de la politique du grand âge

Pilotage de la qualité

Prise en compte des problématiques du grand âge en interministériel

II. IMPLICATIONS AU NIVEAU NATIONAL

Suivi de la réforme et évaluation de la politique du grand âge

L'atelier insiste sur la nécessité de distinguer d'une part le suivi de la réforme et de sa mise en œuvre, et d'autre part l'évaluation de la politique du grand âge et de la performance de son pilotage, qui doivent être mis en place en routine et être portées prioritairement sur l'évaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées.

Concernant le suivi de la réforme, différentes pistes sont évoquées sans que l'atelier ne prenne position en faveur de l'une d'entre elles :

- Délégation interministérielle ou autre organisation interministérielle *ad hoc* ;
- Pilotage confié à une direction d'administration centrale cheffe de file ;
- Mise en place d'une feuille de route déclinée territoire par territoire et suivie par une instance impartiale ;
- Saisine d'un Haut conseil (ex. : Conseil de l'âge) ;
- Création d'une structure représentative analogue au Comité de suivi des retraites, composé par tirage au sort ;

Concernant l'évaluation de la politique du grand âge, trois niveaux devront être articulés :

- Evaluations conduites par l'opérateur national (ex. : la CNSA) ;
- Evaluation externe menée par un Haut conseil ou une autre entité ;
- Evaluation parlementaire

« POUR UN PILOTAGE ET UNE GOUVERNANCE RENOVES DE LA POLITIQUE DU GRAND AGE ET CONSTRUITS PAR ET POUR LES PERSONNES AGEES »

Benjamin Ferras¹

Marie Tamarelle - Verhaeghe²

avec la contribution de Jérémy Fournel³

Note au lecteur :

La présente note, réalisée par les deux coprésidents en lien avec le rapporteur, reflète les convictions des deux coprésidents sur les volets concernant la gouvernance et le pilotage des politiques du grand âge et de l'autonomie des personnes âgées. Celles-ci sont, par construction, largement issues des échanges intervenus dans le cadre de l'atelier dédié, dont les conclusions / points d'accord / éléments de dissensus sont formalisés dans un livrable à part. Cette note n'engage donc pas les membres de l'atelier qui ont pu, le cas échéant, se positionner par des notes marquant leurs désaccords avec les développements proposés ci-après. Sans préjudice de ces dissensus, les coprésidents entendent ici remercier tout particulièrement les membres de l'atelier et les personnes auditionnées⁴ qui se sont très fortement mobilisés dans le cadre des travaux. Sans préjudice de leurs positionnements respectifs, cette forte implication des acteurs nationaux reflète le rejet du *statu quo* et la nécessité de faire évoluer le système actuel de pilotage et de gouvernance de la politique du « grand âge », aspect qui a été unanimement rappelé à chaque réunion de l'atelier par l'ensemble des participants. Elle symbolise la nécessité et l'horizon, partagé par tous les acteurs, de proposer une prise en charge des personnes âgées plus claire, plus efficiente, plus approfondie... soit le simple besoin de « remettre l'utilisateur et ses besoins au centre des préoccupations » et de « prendre soin de manière attentionnée » de nos aînés.

De plus, l'analyse des problématiques de pilotage et de gouvernance conduit à apprécier l'ensemble des volets de la politique du grand âge. Les réflexions de l'atelier ont été menées simultanément à celles des autres ateliers chargés d'apprécier dans le détail chaque volet de la politique conduite. Dans ce contexte, l'atelier - s'il a défini des cibles et des principes de pilotage et de gouvernance concernant les différents aspects de la politique conduite (voire leur contenu) - a pris en compte, autant que faire se pouvait, les orientations retenues par les autres ateliers. Les éventuelles contradictions ou l'articulation fine entre les propositions des ateliers « métiers » ou « thématiques » et celles de l'atelier « pilotage et gouvernance » constituent un travail devant être assuré par la présidence de la concertation, dans le cadre de la synthèse dont elle a la charge : les délais de restitution n'ont en effet pas permis de trancher tous les points en suspens.

Paris, le 8 mars 2019

¹ Haut fonctionnaire au sein des ministères sociaux, enseignant à Sciences Po.

² Députée de la troisième circonscription de l'Eure, membre de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

³ Membre de l'Inspection générale des affaires sociales et rapporteur de l'atelier.

⁴ La liste des membres de l'atelier et des personnes auditionnées est présentée en annexe.

NOTE DE SYNTHÈSE DES COPRESIDENTS DE L'ATELIER « GOUVERNANCE ET PILOTAGE »

Les éléments ci-après ont été formalisés par les coprésidents et le rapporteur au bénéfice des cinq séances de travail de l'atelier tenues entre octobre 2018 et janvier 2019. Les travaux ont été organisés en trois temps : effectuer un diagnostic partagé, identifier des principes devant guider l'action et des propositions concrètes d'évolution sur certains sujets-clefs et, enfin, apprécier les différents scénarios d'évolution structurelle formulés par les acteurs. L'ensemble de ces travaux est retracé dans un rapport constitué des supports élaborés lors des réunions et des comptes rendus de séance. Cette synthèse vise à souligner les conclusions ressortant des trois temps principaux des travaux. Les travaux de l'atelier ont été conduits simultanément à ceux des autres ateliers thématiques ou sectoriels. Cela n'a pas conduit pour autant l'atelier, en dehors de domaines ne relevant pas de son champ, à limiter ses réflexions. Il appartient donc à la présidence de la concertation de trancher dans le cas où les éléments ci-après apparaîtraient en contradiction avec ceux élaborés par les autres ateliers.

Les coprésidents ont par ailleurs veillé à formaliser des propositions, sous leur responsabilité, et ont exprimé leur appréciation. L'annexe jointe à cette synthèse permet d'apprécier plus précisément les analyses et approches retenus par les coprésidents. Faute de temps, ces éléments n'ont pu être débattus au sein de l'atelier. Les membres ont eu la possibilité de réagir à la note des coprésidents. Leurs positions sont proposées en annexe.

* *
*

Les coprésidents entendent poser plusieurs constats issus du diagnostic partagé posé au sein de l'atelier :

- **La politique du grand âge est, du fait de sa construction** -récente et assurée à partir des modes et acteurs existants de prise en charge- **et de sa nature** -hybride, pluridimensionnelle et nécessairement partenariale-, **marquée par de très fortes spécificités**. Le mode actuel de pilotage et de gouvernance est le reflet de ces particularités mais il a pour principal défaut celui d'une faible lisibilité et d'une grande complexité ;
- **L'affirmation progressive de la politique du grand âge a conduit à adapter, par touches successives, son pilotage et sa gouvernance, sans pour autant opérer une clarification nette du rôle dévolu à chacun des acteurs** (Etat, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale). Il en résulte une situation d'entre-deux institutionnel, source de fortes complexités pour les intervenants opérationnels (établissements et services de prise en charge) et d'insatisfactions pour les pilotes de terrain (agences régionales de santé, conseils départementaux et caisses locales) ;
- **Ces « arrangements » institutionnels successifs n'ont pas été systématiquement motivés par la volonté de mettre l'usager au centre du système**. Le dispositif de pilotage et de gouvernance actuel est peu lisible alors qu'il s'adresse à des personnes fragiles. La complexité de la coordination des interventions peut avoir des impacts significatifs sur le parcours des personnes âgées et de leurs aidants. Les attentes fortes des usagers d'une politique du grand âge plus simple, plus homogène d'un territoire à l'autre, intégrant l'ensemble des besoins des personnes et plus efficiente devraient conduire logiquement à reconsidérer l'organisation institutionnelle et les rôles dévolus à chaque acteur ;

- Pour les membres de l'atelier, **si l'action partenariale est consubstantielle à la politique de soutien à nos aînés** et qu'elle doit même être approfondie (lien entre les sphères du social et du sanitaire en particulier) voire élargie (association plus forte des communes et intercommunalités notamment), **une clarification forte doit être apportée au dispositif de pilotage et de gouvernance : le *statu quo* n'apparaît ainsi ni souhaitable, ni soutenable.** Alors que la politique du grand âge est susceptible de connaître une certaine maturité sous le double effet des réformes envisagées et de la dynamique de vieillissement de la population, des évolutions structurelles du pilotage et de la gouvernance apparaissent incontournables ;
- **Si l'idée d'un « cinquième risque » constitue un horizon mobilisateur** pour renforcer le pilotage et clarifier la gouvernance dans l'objectif de renforcer les services et prises en charge de nos aînés et de leurs proches, **force est de constater que le concept est susceptible de recouvrir des réalités diverses** et que sa seule évocation n'apporte pas de réponse définitive aux problématiques rencontrées. Si l'objectif poursuivi est louable et à encourager, il convient de définir les modalités dans lesquelles se déploierait cette nouvelle organisation, donc le pilotage et la gouvernance en découlant.

Conduire ce changement nécessite, pour les membres de l'atelier, de partir d'un principe simple qui constitue le fil rouge de toute réflexion : le système de pilotage et de gouvernance ne constitue pas une fin en soi, sa seule justification est de contribuer à la meilleure prise en charge des personnes âgées et de leurs proches. Partir des besoins de chaque personne protégée et de sa famille permet, d'une part, d'affirmer des principes d'action devant guider toute évolution et, d'autre part, de déterminer des questions et sujets justifiant une intervention à court terme dans des conditions déterminées par l'atelier.

Pour les coprésidents, outre ce principe central lié à la prise en compte de l'utilisateur, les principes devant guider les évolutions à venir, compte tenu des échanges intervenus en atelier, sont :

- Pour clarifier les compétences et rôles des acteurs, **la nécessité**, pour chaque secteur d'action ou toute action nouvelle, **de définir clairement les responsabilités incombant à chacun et de déterminer ce qui relève d'une décision territoriale** laissée à la seule appréciation des acteurs locaux **de ce qui relève d'une action territorialisée**, c'est-à-dire la déclinaison dans les territoires des dispositions arrêtées au niveau national. L'approche territoriale est au demeurant indispensable au succès de la politique du grand âge et elle devrait associer l'ensemble des acteurs concernés (communes et intercommunalités notamment) ;
- Afin de renforcer la lisibilité des soutiens offerts, **élaborer un système de prestation reposant sur deux niveaux d'intervention soit un niveau « socle » défini au niveau national et financé à ce titre et un niveau « complémentaire » laissé à la seule initiative des acteurs de terrain** qui en assumeraient le financement. **Assurer un pilotage actif de l'offre** garantissant les rééquilibrages et péréquations nécessaires entre les territoires ;
- Pour garantir la qualité des actions conduites par les acteurs publics, **définir et vérifier l'atteinte de standards de prise en charge par tous les territoires** combinée au déploiement d'une démarche systématique d'évaluation quantitative et qualitative, afin d'apprécier les performances nationales et territoriales ;
- Afin d'apporter l'assurance de la qualité des prises en charge, dans la continuité des actions mises en œuvre par l'ANESM et désormais par la HAS, **mettre en place**, progressivement mais avec régularité et constance, **un pilotage actif de, par et pour la qualité** ;

Au-delà, compte tenu des constats des membres de l'atelier, des actions nécessaires ont été identifiées, elles ont un impact fort sur le système de pilotage et de gouvernance. Elles ont été formalisées par les coprésidents. Il s'agit ainsi de :

- **Garantir aux personnes âgées et à leurs proches, quel que soit l'endroit du territoire où ils résident, l'information et l'accompagnement dont ils ont besoin.** Répondre à ce besoin élémentaire, qui conditionne l'exercice effectif des droits, justifie un pilotage national fort (prise en charge des relations internet et téléphoniques, exclusivité de l'information sur les dispositifs nationaux) en lien avec une démarche locale renouvelée (si les acteurs sont libres de leur organisation, ils doivent respecter des standards de prise en charge et de qualité). L'ensemble de cette démarche a vocation à être évaluée régulièrement ;
- Dans le même esprit, pour permettre aux professionnels d'agir de manière coordonnée, **définir un schéma national de coopération déployé dans chaque territoire permettant de construire et renforcer le lien entre les professionnels du sanitaire et du social ;**
- **Faire évoluer le système de prestation en prévoyant, d'une part, une prestation nationale de base relevant de tarifs et de prises en charges standards et, d'autre part, une prestation territoriale relevant de la seule responsabilité des acteurs locaux.** Les modes de financement des prestations seraient revus notamment afin de tenir compte des besoins de péréquation entre territoires. Le passage au système cible se ferait progressivement. L'information des bénéficiaires sur les modes de prise en charge serait en conséquence renforcée ;
- **Réexaminer le dispositif actuel d'évaluation des besoins** en assurant leur caractère opposable, en évaluant les différences territoriales et leurs déterminants, en faisant converger les pratiques (formation, référentiel), en affirmant de manière plus forte le rôle du médecin traitant ;
- **Affirmer le besoin de pilotage national dans les domaines de la gestion des ressources humaines et des systèmes d'information,** par des stratégies nationales déclinées en plans d'actions opérationnels au niveau local, assortis de standards de convergence rendus progressivement opposables aux acteurs ;
- **Eriger en priorité les démarches d'évaluation de la politique du grand âge,** en les dotant des moyens nécessaires, en structurant les actions, en renforçant l'indépendance et en encourageant la recherche sur l'ensemble des champs (évaluation du pilotage et de la gouvernance notamment) ;
- Dans la continuité des réformes envisagées actuellement, **garantir le contrôle parlementaire et le débat public annuel sur la dépendance des personnes âgées en élargissant le champ des lois de financement à la politique du grand âge,** par des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes synthétisées dans un tableau d'équilibre dédié ;
- **Adopter un nouveau mode de gouvernance locale de la politique du grand âge, en créant une instance départementale unique dédiée,** regroupant l'ensemble de la comitologie existante, associant l'ensemble des acteurs et –notamment- les communes et intercommunalités, dotée d'une formation stratégique et opérationnelle. Dans cette instance, la voix des représentants des personnes âgées et de leurs proches devrait structurer des débats et plusieurs pistes sont avancées à cet égard ;
- **Réinterroger le pilotage national de la politique du grand âge au bénéfice de ces différentes évolutions,** en tirant les conséquences en adaptant la gouvernance et le pilotage national de la politique du grand âge et en interrogeant les répertoires d'action de manière à rendre plus visible les priorités politiques poursuivies ;

- **Afin d'affirmer l'exercice réel et effectif de leur citoyenneté par les personnes âgées, réexaminer les modalités de recours contre les décisions d'évaluation** et envisager un recours amiable devant une commission *ad hoc*, sur le modèle des commissions de recours amiables des organismes de sécurité sociale. **Renforcer les modalités de recueil des volontés des personnes âgées et de leurs proches** et mener une concertation entre les professionnels et les représentants des personnes âgées à ce titre ;
- **Pour garantir l'adhésion aux actions menées et apporter les actions correctrices nécessaires, sur le modèle du comité de suivi des retraites, créer un comité de suivi de la politique du grand âge**, composé pour moitié des personnes prises en charge et pour moitié de citoyens de toutes classes d'âge. Charger le comité de rendre un avis annuel et rendu public.

L'atelier a enfin été amené à examiner **différents scénarios de gouvernance cible**, sur la base des propositions formulées par les acteurs. Ces propositions sont détaillées dans le rapport final des travaux de l'atelier et également présentées en annexe. Elles relèvent de plusieurs familles, les scénarios pouvant, en tout ou partie, être combinés les uns avec les autres :

- **Une première famille correspond au « prolongement de l'existant »**. Ces propositions sont les plus fidèles aux compétences actuelles des différents acteurs. Tirant les conséquences du caractère pleinement territorial et partenarial des actions menées, elles visent à chercher des modalités renforcées de coordination et de cohérence entre les acteurs institutionnels et les intervenants opérationnels ;
- **Une deuxième famille regroupe les scénarios visant à unifier le pilotage de l'offre**. Dans ces scénarios, une institution –alternativement le Conseil départemental ou l'ARS- se voit confier l'essentiel des pouvoirs de décision, soit concernant l'ensemble de la politique du grand âge dans le département, soit concernant un secteur (le scénario mixte conduit à confier la responsabilité des établissements à l'ARS, le Conseil départemental assumant le pilotage des services à domicile) ;
- **Une troisième famille de scénarios conduit à confier à des organismes de sécurité sociale la gestion du *front office* et de la prestation**.

Si les débats ont été particulièrement nourris et riches et que l'ensemble des participants a souligné l'impossibilité du *statu quo*, **aucun scénario n'a recueilli un accord – sinon unanime- au moins majoritaire au sein de l'atelier**. De plus, les scénarios présentés sont empreints d'une certaine fragilité en ce qu'aucun d'entre eux ne précise les modalités dans lesquelles s'effectue le passage du système actuel au système recommandé de gouvernance et de pilotage. Il n'a donc pas été possible de déterminer une solution préférentielle ou privilégiée.

Cette situation conduit les coprésidents, sous leur seule responsabilité, à esquisser un scénario d'évolution susceptible de permettre de procéder aux évaluations nécessaires. Il s'agirait ainsi de :

- **Tester les deux options envisageables en matière d'unification du pilotage de l'offre et du financement en mettant en place une expérimentation pendant 24 mois dans deux régions tests d'un pilotage unifié de l'offre et du financement par l'ARS ou par les conseils départementaux**. Cette expérimentation serait assortie d'un dispositif rigoureux d'évaluation *ex ante* et *ex post* pour, à son terme, arrêter un système unique de pilotage de l'offre et du financement applicable sur l'ensemble du territoire.
- **Examiner les scénarios de bascule et, pendant la période d'expérimentation, les avantages et inconvénients de confier le *front office*, l'accompagnement et le service des prestations soit à l'entité chargée *in fine* du pilotage de l'offre et de son financement soit à un réseau d'organismes de sécurité sociale**, en évaluant également les scénarios de bascule possibles.

* * *

*

Au final, les coprésidents, sous leur seule responsabilité, souhaitent appeler l'attention des décideurs sur la nécessité de faire évoluer le système de gouvernance de manière profonde, tout en déterminant des perspectives concrètes de changement. C'est le sens des propositions formulées ci-dessus.

Le système institutionnel actuel a été élaboré via des compromis successifs, afin de ne pas exclure une catégorie d'acteurs et de ne pas entraver la dynamique partenariale nécessaire pour prendre en charge les personnes âgées. **Si ces approches pouvaient être justifiées dans un premier temps de montée en puissance de la politique, elles semblent totalement inadaptées aujourd'hui.**

L'épuisement institutionnel paraît très profond. Il est largement illustré par le désarroi des acteurs de terrain, gestionnaires de services à domicile et d'établissements. La logique territoriale atteint en effet certaines limites : les orientations poursuivies visent au décloisonnement pour assurer la meilleure prise en charge de la personne, mais le fonctionnement en silos demeure. Concrètement, on attend des acteurs de terrain et opérationnels une action globale et transversale au plus proche des besoins de chaque personne protégée, alors même que les responsables administratifs, politiques et institutionnels soulignent leurs difficultés voire leur incapacité à l'assurer aux niveaux national, régional ou territorial. La politique est ainsi déclinée de manière diverse dans les territoires, selon la nature et l'intensité des jeux d'acteurs qui s'y déploient. Certes, les actions fédératives et de clarification de la CNSA et de la DGCS sont à saluer mais elles peinent à surmonter l'ensemble des difficultés liées à la construction institutionnelle en tant que telle.

La construction, par strates successives, des interventions et l'adaptation équilibrée du système de gouvernance, pour tenir compte des intérêts des différentes institutions, semblent avoir été conduites sans penser au premier chef au mode de prise en charge de la personne âgée et de ses proches. C'est aussi ce sentiment d'être perdu face à un système complexe, peu lisible qui s'exprime dans les enquêtes auprès des français : des critiques fortes concernant les interventions actuelles –alors même que l'effort public n'a jamais été aussi important- et des attentes importantes d'évolution et d'amélioration.

Pour les coprésidents, **il conviendrait donc de changer de perspective : il faut rebâtir le système de pilotage et de gouvernance en partant de principes simples, qualité de prise en charge, réponse aux besoins, attention et écoute aux attentes des personnes âgées.** Ce changement de paradigme est nécessaire. Il permettrait de clarifier les responsabilités et de mettre un terme aux jeux d'acteurs qui conduisent chacun à considérer qu'il n'a pas les moyens (politiques, juridiques, financiers) des objectifs qu'on lui assigne, que le changement n'est envisageable que si son action et sa position sont considérées à leur pleine mesure -c'est-à-dire forcément centrale- et, souvent, comme la mesure de toute action ou ambition. Mettre un terme à ces jeux d'acteurs contreproductifs et à des non-dits constants tant au niveau national que local apparaît donc hautement nécessaire.

Pour autant, compte tenu de la situation actuelle, le changement ne peut intervenir du simple fait d'une décision verticale. La seule intervention législative concernant une politique pour partie territoriale et en tout état de cause fortement territorialisée serait plus source de perturbation immédiate que de clarification effective. Pour porter ce changement, **il faut donc mesurer, évaluer et expérimenter. Cela ne revient pas à repousser ad libitum l'horizon d'une décision nécessaire.** Pour les coprésidents, cela permet de la présenter comme

revêtant un caractère nécessaire, donc inéluctable mais de prendre en compte la réalité des faits : seule un test grandeur nature et des évaluations préparatoires sont susceptible de permettre de trancher en faveur d'un scénario cible.

Cette période de préparation du changement devrait aussi être mise à profit pour continuer à faire émerger la parole - nécessaire et indispensable- des personnes âgées et de leurs proches. L'association de ce public aux politiques menées est difficile, leur représentation délicate : la politique du grand âge est une politique d'accompagnement d'une population fragile à un moment clef et particulier. Prendre acte de ces difficultés et s'y confronter doit permettre d'élaborer un dispositif de gouvernance et de pilotage co-construit et co-piloté avec ces usagers spécifiques. L'enjeu est d'ampleur : il s'agit de construire un espace nouveau de citoyenneté, non une citoyenneté spécifique ou différente mais bien un mode particulier d'exercice de la qualité de citoyen reconnu à tous et à chacun.

PROPOSITIONS DES COPRÉSIDENTS

N°	Proposition
<i>Des principes élémentaires d'action</i>	
1	Mettre l'usager au centre des préoccupations et adapter le système de pilotage et de gouvernance pour répondre à ses besoins.
2	((Re)définir les modes de déploiement de la politique du grand âge dans les territoires et associer l'ensemble des acteurs locaux aux interventions (communes et intercommunalités et, le cas échéant, métropoles).
3	Distinguer deux niveaux d'intervention soit un niveau « socle » et un niveau « complémentaire » relevant de logiques distinctes de définition, de mise en œuvre et de financement ; mettre en œuvre un pilotage actif de l'offre garantissant les rééquilibrages et péréquations nécessaires.
4	Développer une démarche complète d'évaluation et comparer les performances territoriales sur la base de standards et d'indicateurs arrêtés au niveau national.
<i>Des changements possibles et nécessaires</i>	
5	Généraliser les démarches d'amélioration de la qualité du service rendu à la personne à travers une refonte du cadre d'évaluation des établissements et services, sous l'égide de la HAS, et une publication des résultats des évaluations conduites.
6	Mettre en œuvre un accueil et un accompagnement à la hauteur des besoins, destiné à prendre en charge les personnes âgées et leurs proches, reposant sur un échelon national et local, relevant de standards de qualité et de prise en charge définis au niveau national et procéder à l'évaluation régulière et publique de son efficacité.
7	Au bénéfice de l'existant, généraliser des démarches et instances de coopération entre professionnels sur la base d'un schéma national déployé dans chaque territoire et associant tant les professionnels du social et du sanitaire que les autres acteurs (communes, intercommunalités et métropoles notamment).
8	Revoir les soutiens en les articulant entre, d'une part, une prestation nationale de base relevant de tarifs et de prises en charge encadrés nationalement dans le respect de certaines spécificités et, d'autre part, une prestation territoriale éventuelle. En conséquence, revoir les modalités actuelles de financement et réexaminer les besoins de péréquation. Basculer progressivement vers le système cible. Assurer l'information des bénéficiaires sur les différentes prises en charge dont ils bénéficient et sur la part prise par les différents financeurs dans le financement de leurs prestations.
9	Réexaminer les modalités actuelles d'évaluation des besoins, assurer leur caractère opposable, évaluer régulièrement les différences d'approches et de pratiques, envisager des évolutions du référentiel, faire converger les pratiques par l'évaluation et la formation des évaluateurs, affirmer le rôle du médecin traitant dans le cadre des consultations complexes qu'il assure au bénéfice des personnes âgées (possibilité de demander une évaluation ou une réévaluation des besoins).
10	Définir des stratégies nationales en matière de ressources humaines et de systèmes d'informations, déclinées en plans d'actions opérationnels et reposant sur des standards et socles communs de convergence rendus progressivement opposables à l'ensemble des acteurs.
11	Affirmer le caractère prioritaire de l'évaluation de la politique du grand âge en la dotant de moyens dédiés, en structurant les démarches évaluatives, en encourageant la recherche, en évaluant l'ensemble de la politique et notamment le dispositif de pilotage et de gouvernance,

N°	Proposition
	en garantissant un regard autonome et indépendant sur les activités d'évaluation.
12	Garantir le contrôle parlementaire et le débat public annuel sur la dépendance des personnes âgées en élargissant le champ des lois de financement à la politique du grand âge, par des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes synthétisées dans un tableau d'équilibre dédié.
13	Créer une instance départementale unique dédiée à la politique du grand âge, regroupant l'ensemble de la comitologie existante, associant l'ensemble des acteurs et –notamment- les communes et intercommunalités, dotée d'une formation stratégique et opérationnelle. Garantir que la voix des représentants des personnes âgées et de leurs proches est pleinement prise en compte dans les travaux de l'instance.
14	Tirer les conséquences des réformes et actions menées (champs nouveaux dévolus au niveau national, intégration du grand âge dans le champ des LFSS...) et adapter en conséquence la gouvernance et le pilotage national de la politique du grand âge, interroger les répertoires d'action de manière à rendre plus visible les priorités politiques poursuivies (LFSS, réformes structurelles, plans pluriannuels).
15	Réexaminer les modalités de recours contre les décisions d'évaluation et envisager un recours amiable devant une commission <i>ad hoc</i> , sur le modèle des commissions de recours amiables des organismes de sécurité sociale. Renforcer les modalités de recueil des volontés des personnes âgées et de leurs proches et mener une concertation entre les professionnels et les représentants des personnes âgées à ce titre.
16	Sur le modèle du comité de suivi des retraites, créer un comité de suivi de la politique du grand âge, composé pour moitié des personnes prises en charge et pour moitié de citoyens de toutes classes d'âge. Charger le comité de rendre un avis annuel et rendu public.
<i>Des scénarios institutionnels devant être expérimentés et évalués pour décider de la solution cible de pilotage et de gouvernance</i>	
17	Mettre en place une expérimentation, pendant 24 mois, dans deux régions tests, d'un pilotage unifié de l'offre et du financement par l'ARS ou par les conseils départementaux. Assortir cette expérimentation d'un dispositif rigoureux d'évaluation <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> . Au terme de l'expérimentation, arrêter un système unique de pilotage de l'offre et du financement applicable sur l'ensemble du territoire.
18	Pendant la période d'expérimentation, évaluer les avantages et inconvénients et définir les scénarios de bascule de la gestion du <i>front office</i> , de l'accompagnement et du service des prestations soit à l'entité chargée <i>in fine</i> du pilotage de l'offre et de son financement soit à un réseau d'organismes de sécurité sociale.

Analyse des coprésidents de l'atelier « pilotage et gouvernance » au bénéfice des travaux conduits et justification des propositions avancées par les coprésidents

TABLE DES MATIERES

UN NOUVEAU PARADIGME : METTRE AU CENTRE LA MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ET AJUSTER LE DISPOSITIF DE PILOTAGE ET DE GOUVERNANCE POUR SERVIR CET OBJECTIF PREMIER	14
1 DES INSATISFACTIONS FORTES ET NOMBREUSES TANT DES ACTEURS QUE DES USAGERS QUI JUSTIFIENT UNE EVOLUTION PROFONDE DU PILOTAGE ET DE LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DU GRAND AGE POUR MIEUX SOUTENIR NOS AINES.....	16
1.1 Une politique source d'attentes fortes et d'insatisfactions constantes tant pour les personnes âgées prises en charge que pour les acteurs de cette prise en charge, alors même que les moyens publics alloués augmentent.....	16
1.1.1 A l'insatisfaction globale des acteurs sur le système de pilotage et de gouvernance répond l'insatisfaction des personnes prises en charge... ..	16
1.1.2 ... insatisfaction qui paraît paradoxale compte tenu de la croissance régulière des ressources publiques affectées à la prise en charge des personnes âgées.....	18
1.2 Une complexité institutionnelle évidente induite par des mécanismes de cofinancement, de codécision et de coresponsabilité	19
1.2.1 La complexité actuelle est le reflet de la construction progressive et inachevée de la politique du grand âge et du choix de modes hybrides de pilotage et de gouvernance renvoyant, d'une part, à la combinaison d'interventions relevant des assurances sociales et de l'aide sociale et, d'autre part, à la mobilisation d'acteurs divers.....	19
1.2.2 Les usagers et les acteurs opérationnels sont ainsi confrontés à des interventions cloisonnées et insuffisamment coordonnées	21
1.2.3 Cette complexité pénalise, au premier chef, les aidés et leurs aidants	23
1.3 Des inégalités de traitement qui, si elles ne sont pas toutes documentées, sont manifestes et peuvent être perçues comme une carence du système actuel de gouvernance et de pilotage	25
1.3.1 Une ambiguïté native en France entre politique territoriale et politique territorialisée, ambiguïté moins prégnante dans les autres pays développés.....	25
1.3.2 Des hétérogénéités de traitement et des inégalités établies	28
1.3.3 Une préférence pour l'expérimentation et l'innovation territoriales : CDCA, conférences des financeurs, MAIA et PAERPA.....	29
1.4 Un système qui se révèle peu capable de gérer les parcours, mode d'action qui doit, pour les personnes âgées, être priorisé.....	31
1.5 Le débat public sur la politique du grand âge et l'évaluation de la politique de prise en charge des personnes âgées demeurent largement perfectibles et paraissent, sur certains points embryonnaires.....	33
1.5.1 La politique demeure en construction, la « bataille culturelle » pour la reconnaissance du grand âge est plus que jamais d'actualité	33

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

1.5.2	Le débat public, notamment concernant la politique menée et son financement, demeure partiel et insuffisant.....	34
1.5.3	La démarche d'évaluation, tant générale que du dispositif de pilotage et de gouvernance en tant que tel, demeure faible voire inexistante	36
2	DES PRINCIPES ELEMENTAIRES D'ACTION A POSER, DES EVOLUTIONS CONSENSUELLES A CONDUIRE.....	38
2.1	La politique du grand âge demeure à construire et à penser dans le respect de principes élémentaires d'action	38
2.1.1	Ecarter le choix de l'arrangement institutionnel constant et construire un système de pilotage et de gouvernance centré sur la prise en charge de l'usager	38
2.1.2	Définir les champs par nature territoriaux de la politique et ceux relevant d'une approche nationale, appelant nécessairement une territorialisation	40
2.1.3	Préserver la distinction entre prestation nationale et interventions complémentaires et assurer un pilotage actif et adapté de l'offre	40
2.1.4	Définir et vérifier l'atteinte de standards de prise en charge, tant dans une approche quantitative que qualitative, permettant d'apprécier les performances nationales et territoriales .	41
2.1.5	Mettre en place, progressivement mais avec régularité et constance, un pilotage actif de, par et pour la qualité	42
2.2	Des changements sont possibles et nécessaires dans le cadre de la future réforme	42
2.2.1	Un accès effectif aux droits, garanti par un accompagnement efficace et homogène des personnes protégées et de leurs aidants.....	43
2.2.2	Un besoin renforcé de coordination des acteurs opérationnels du territoire	45
2.2.3	Vers un droit objectif des personnes, une prestation encadrée au niveau national, financée et plus facile d'accès.....	45
2.2.4	Un pilotage indispensable des ressources humaines et des systèmes d'information, appelant une intervention nationale forte.....	47
2.2.5	Une priorité forte à donner aux travaux statistiques et d'évaluation.....	48
2.2.6	La nécessaire organisation du débat public sur la politique du grand âge : organiser un moment annuel de débat, dans le cadre des LFSS.....	50
2.2.7	Une nouvelle instance départementale dédiée au grand âge, regroupant la comitologie existante, représentant l'ensemble des parties prenantes et au sein de laquelle la représentation des personnes âgées et leurs proches aidants aurait une place centrale	51
2.2.8	Un pilotage national à (ré)interroger.....	53
2.2.9	Un combat pour la citoyenneté des personnes âgées dont la portée doit, pour les coprésidents, être pleinement appréciée.....	54
3	DES SCENARIOS INSTITUTIONNELS ET POLITIQUES VARIES JUSTIFIANT DES CHOIX ET ARBITRAGES.....	57
3.1	Sept scénarios relevant de trois « familles » d'évolutions ont été examinés par l'atelier, aucun n'a recueilli le consensus ou l'accord d'une majorité des membres.....	57

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

3.2 Au bénéfice des échanges intervenus, afin de contribuer aux choix à venir, les coprésidents avancent, sous leur seule responsabilité, un scénario de court et de moyen terme..... 62

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

d'acteurs, la préservation des compétences des uns et des autres, s'ils doivent être pris en compte, apparaissent comme secondaires par rapport à l'objectif majeur, raison d'être de la politique du grand âge et de l'autonomie : améliorer la prise en charge de nos aînés les plus fragiles. Ce diagnostic est présenté en partie 1.

Au bénéfice de ce diagnostic sévère soulignant, contrairement aux évolutions ponctuelles introduites précédemment et ménageant les compétences des différents acteurs, un besoin évident de transformation structurelle du pilotage et de la gouvernance, il est possible de déterminer, d'une part, des principes partagés d'action et, d'autre part, de premières évolutions significatives du système de pilotage et de la gouvernance. Les débats intervenus au sein de l'atelier ont ainsi permis de dégager ces orientations qui, si elles ne sont pas toutes partagées unanimement, sont soutenues par une très large majorité des acteurs représentés. Tel est l'objet de la partie 2.

Enfin, l'analyse des différents scénarios d'évolution de gouvernance et de pilotage portés par les membres de l'atelier conduit à constater qu'aucun d'entre eux n'apparaît en l'état totalement satisfaisant. En effet, le passage d'un système à un autre est le plus souvent pas ou fort peu documenté. Les coprésidents considèrent cette faille comme potentiellement extrêmement dangereuse et délicate : une chose est de constater que le système actuel est insuffisant et ne garantit pas la meilleure prise en charge de la personne, une autre est de proposer un système - reposant souvent sur la montée en puissance d'un acteur unique- apportant des garanties plus importantes... mais la question clef, au regard des échéances à venir, a trait au passage d'un système à l'autre. L'absence de documentation de la gestion du changement fragilise très fortement les propositions et ne permet donc pas d'opter pour l'un ou l'autre. Sur un autre plan, l'examen par l'atelier de ces scénarios conduit à constater que, si certains sont explicitement écartés, les autres ne donnent pas lieu à un consensus voire à un soutien d'une majorité des acteurs. Cette situation conduit les coprésidents à proposer leur analyse dans le cadre de la partie 3.

Tout au long des travaux, l'atelier a veillé - autant que faire se pouvait- à prendre en compte les travaux des autres ateliers « métiers » ou « thématiques ». Ces travaux ont néanmoins été conduits en parallèle et leur parfaite articulation n'est donc pas garantie : la synthèse de la concertation a donc vocation à lever les éventuelles contradictions issues des différents rapports d'atelier. Si ce travail simultané a parfois conduit les membres de l'atelier à souligner les limites des pistes pouvant être formulées, il n'a en rien empêché les membres de se mobiliser et contribuer fortement à l'ensemble des travaux dans un climat constructif et, le plus souvent, serein. Les coprésidents souhaitent donc à nouveau remercier les membres de l'atelier pour leurs très fortes implication et participation. Le débat intervenu, s'il n'a pas permis de tracer une solution idéale et consensuelle, souligne la nécessité d'échanger et de débattre pour éclairer les choix publics nécessaires à une meilleure prise en charge de nos aînés. La nature même des échanges conduit à souligner un attachement commun et partagé de l'ensemble des acteurs : l'essentiel n'a pas trait aux compétences et responsabilités des uns et des autres mais à l'atteinte d'un objectif, à la fois élémentaire et essentiel, celui de prendre soin des personnes âgées les plus fragiles, enjeu de solidarité nationale et intergénérationnelle qui doit être continuellement rappelé et poursuivi. C'est pour répondre à cet enjeu que le système de pilotage et de gouvernance doit profondément évoluer au cours des années à venir.

*

*

*

1 DES INSATISFACTIONS FORTES ET NOMBREUSES TANT DES ACTEURS QUE DES USAGERS QUI JUSTIFIENT UNE EVOLUTION PROFONDE DU PILOTAGE ET DE LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DU GRAND AGE POUR MIEUX SOUTENIR NOS AINES

Le constat des membres de l'atelier apparaît peu équivoque et des plus sévères. La gouvernance et le pilotage actuel de la politique et des acteurs la mettant en œuvre sont des plus complexes : ils sont peu lisibles, chronophages, encouragent les jeux d'acteurs contreproductifs. Ils ne permettent pas de tendre vers un objectif simple, celui de fédérer toutes les énergies disponibles pour améliorer constamment les services offerts à nos aînés et à leurs proches aidants. A cette insatisfaction des acteurs fait écho celle des personnes âgées et de leurs proches qui mettent en avant l'insuffisance des prises en charge et la forte angoisse liée au basculement dans le grand âge. Il en résulte un paradoxe évident : l'entrée dans le grand âge est une période de forte fragilité et de ruptures sociales, affectives et sanitaires, mais le système d'acteur devant répondre aux besoins et accompagner les personnes est des plus complexes. Alors même que les usagers sont dans une situation de fragilité et souvent d'urgence, ils sont confrontés à un système peu lisible, à des procédures complexes et difficilement compréhensibles. A ce stade, à la situation de fragilité répond une contrainte de complexité pour bénéficier d'une prise en charge. Au-delà, dans un contexte où l'effort public en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie est croissant, cet effort est peu lisible du fait même de cette complexité et des attentes fortes des personnes âgées et de leurs familles.

1.1 Une politique source d'attentes fortes et d'insatisfactions constantes tant pour les personnes âgées prises en charge que pour les acteurs de cette prise en charge, alors même que les moyens publics alloués augmentent

1.1.1 A l'insatisfaction globale des acteurs sur le système de pilotage et de gouvernance répond l'insatisfaction des personnes prises en charge...

Différentes études, notamment celle réalisée dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie⁵, soulignent un sentiment global d'insatisfaction concernant tant la politique conduite que ses modalités de mise en œuvre. Le constat est particulièrement pessimiste : la prise en charge de la dépendance est jugée défailante et inadaptée ; les pouvoirs publics sont jugés « démissionnaires » alors qu'ils sont massivement attendus sur le sujet du grand âge et de la dépendance.

Cette approche globalement négative est renforcée par la perception des faiblesses, identifiées par l'atelier, de l'action publique en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendants et, en particulier :

- les inégalités de répartition de l'offre ;
- les fortes disparités territoriales en matière de niveaux de prestations et d'accès aux droits ;
- le manque de lisibilité pour le public des aides et soutiens offerts ;

⁵ Voir Kantar public, *Le grand âge, l'autonomie et la dépendance*, rapports d'étude qualitative, novembre 2018 et janvier 2019, réalisés dans le cadre de la concertation « grand âge et autonomie ».

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- l'existence de ruptures de parcours pour les personnes protégées et la faible capacité des acteurs à bâtir les coordinations nécessaires entre les différentes interventions autour de la personne ;
- la complexité de gestion des établissements et des services à domicile et le nombre important d'intervenants en matière de contrôle, de tutelle et de financement (autorisation / agrément, tarification, dialogue de gestion, inspection et contrôles qualité...).

Ces faiblesses renvoient à des difficultés structurelles posées par le dispositif de pilotage et de gouvernance, reposant sur des interventions, croisées et mutuellement dépendantes, de l'Etat, des départements et des organismes sociaux. Ainsi, pour l'usager, les « points d'entrée » dans le dispositif de prise en charge sont nombreux et multiples. L'association des personnes âgées elles-mêmes et de leurs proches aidants à la construction de la politique du grand âge est faible, étant donné la dispersion des centres de décision et le grand nombre d'intervenants. La transversalité nécessaire à la conduite d'une politique intégrée du grand âge embrassant l'ensemble des aspects, de la prise en charge des personnes âgées à l'aménagement de leur cadre de vie, serait difficile sinon impossible comme en témoignent par exemple l'identification difficile, tant au niveau national que local, du portage de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Ces critiques sont incontestables alors même que les années récentes ont conduit à des avancées importantes traduites notamment par :

- la mobilisation de nouveaux moyens (tels que, par exemple, la contribution de solidarité pour l'autonomie⁶, les moyens mobilisés dans le cadre des conférences de financeurs⁷ ou encore la transformation, pour les retraités, de la réduction d'impôt au titre des frais engagés au titre d'un emploi ou de services à domicile en crédit d'impôt⁸)
- le développement et la diversification de l'offre médico-sociale *via* les plans successifs de création de places ;
- la priorité nouvelle donnée à l'accompagnement à domicile⁹ ;
- des efforts de décloisonnement et de coordination entre les acteurs, notamment du fait du rôle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'impact de ces avancées demeure cependant, tant du point de vue des membres de l'atelier que des bénéficiaires ou des acteurs s'exprimant au travers des enquêtes, insuffisant. Il ne permet pas de relever l'ensemble des défis liés à la prise en charge effective du grand âge et de l'autonomie.

⁶ Créée par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

⁷ Instituées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Outre les conférences des financeurs, cette loi a, en particulier, réformé l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, reconnu plus fortement le rôle des proches aidants en introduisant de nouveaux soutiens à leur intention, développé le soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, renforcé la transparence et l'information sur les prix pratiqués en EHPAD et, enfin, réaffirmé les droits et libertés des personnes âgées.

⁸ Par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

⁹ En particulier par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, voir *supra*.

1.1.2 ... insatisfaction qui paraît paradoxale compte tenu de la croissance régulière des ressources publiques affectées à la prise en charge des personnes âgées

Au cours des dernières années, les fonds publics mobilisés pour la prise en charge des personnes âgées ont crû de manière particulièrement dynamique sous le double effet du vieillissement de la population et de l'évolution de la couverture (approfondissement des prises en charge et hausse du taux de personnes prises en charge). A titre d'illustration, la montée en charge des dépenses d'allocation personnalisée autonomie assumées par les départements est très nette : elles s'élevaient à 1,9Mds€ en 2002 et à 5,6Mds€ en 2015 (+202%)¹⁰. De même, les dépenses du sous objectif « personnes âgées »¹¹ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie connaissent un taux de croissance structurellement supérieur aux dépenses des autres sous objectifs : à titre d'exemple, pour 2018, alors que la croissance des dépenses relevant de l'Ondam est globalement de +2,3%, le sous objectif « personnes âgées » évolue à +3,4%, soit la plus forte progression de dépenses au sein de l'Ondam¹².

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le compte de la dépendance -qui regroupe l'ensemble des surcoûts liés à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées- représente, en 2014, 30Mds€ soit 1,4% du produit intérieur brut (PIB) ; ces dépenses sont prises en charge respectivement à hauteur de 79% par les financeurs publics (par ordre d'importance la sécurité sociale, l'Etat puis les collectivités territoriales), de 20% par les organismes complémentaires et de 1% par les ménages. Les projections réalisées¹³, sur la base d'hypothèses démographiques et économiques et à hypothèse de réglementation inchangée, mettent en avant une multiplication par deux des dépenses publiques finançant la dépendance à horizon 2060 : ces dépenses représentent en effet 1,13% du PIB en 2015 et s'élèveraient à 2,07% en 2060.

Ainsi, tant l'effort public actuel que la dynamique naturelle de croissance, tant en valeur absolue qu'en points de PIB, soulignent l'importance des efforts consentis financés par les prélèvements obligatoires. Dans ce contexte, la satisfaction des besoins, l'amélioration des prises en charge et le dispositif de pilotage et de la gouvernance constituent des points importants d'attention : ils participent à la légitimation d'une intervention croissante et au consentement aux prélèvements obligatoires finançant le système¹⁴.

¹⁰ Voir <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

¹¹ Soit la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées », sous objectif de l'Ondam voté en LFSS chaque année depuis la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

¹² Voir la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en chiffres, www.securite-sociale.fr

¹³ Voir Romain Roussel, *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*, Drees, Études et Résultats, n°1032, octobre 2017.

¹⁴ Le thème du financement a donné lieu à des travaux dédiés. Voir la synthèse des travaux de l'atelier 3 « Nouveaux financements », co-présidé par Mathilde Lignot-Leloup et Jean-Luc Tavernier.

1.2 Une complexité institutionnelle évidente induite par des mécanismes de cofinancement, de codécision et de coresponsabilité

1.2.1 La complexité actuelle est le reflet de la construction progressive et inachevée de la politique du grand âge et du choix de modes hybrides de pilotage et de gouvernance renvoyant, d'une part, à la combinaison d'interventions relevant des assurances sociales et de l'aide sociale et, d'autre part, à la mobilisation d'acteurs divers

Les travaux et auditions de l'atelier ont permis de rappeler, d'une part, la très forte imbrication des compétences entre l'Etat, la sécurité sociale et les collectivités territoriales et, d'autre part, la grande variété des interventions auprès des personnes protégées (établissements et services à domicile qui relèvent de statuts très divers, mais aussi professionnels de santé, services de portage de repas, etc.).

Cette « mosaïque » de compétences et d'interventions est le reflet d'une construction historique progressive d'une politique du grand âge et de l'autonomie, combinant à la fois une logique d'aide et d'action sociales, portée par les départements (*via*, à titre principal les allocations individuelles de solidarité soit la prestation spécifique dépendance [PSD] puis l'allocation personnalisée d'autonomie [APA]) et par les organismes de sécurité sociale [interventions dans le cadre de l'action sanitaire et sociale des caisses]) et une logique d'assurance sociale (financement des besoins des personnes âgées *via* les prestations de sécurité sociale et, au premier chef, d'assurance maladie). Les soutiens apportés aux personnes âgées, s'ils ont régulièrement évolué dans le sens d'une universalité de plus en plus forte, combinent ainsi approche universaliste et personnalisée (tant du point de vue de l'approche des besoins que de celles des capacités financières de chaque personne âgée). En cela, la nature même des couvertures apportées et de l'organisation institutionnelle en découlant apparaît spécifique au sein de la protection sociale. Outre la combinaison de différents répertoires et logiques d'actions, la modulation territoriale des soutiens et actions s'est imposée afin de prendre en compte les spécificités de chaque espace de vie et des personnes âgées y résidant¹⁵.

Le débat sur les soutiens devant être apportés à nos aînés s'est, depuis plusieurs années, centré sur la notion de « cinquième risque ». Ce concept est des plus délicat à apprécier :

- Les comptes de la protection sociale retracent en effet, selon les périmètres, six à dix risques¹⁶. Les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées relèvent de plusieurs de ces risques, cette segmentation a justifié l'approche distincte du « compte de la dépendance » qui vise à mesurer les surcoûts liés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées¹⁷ ;

¹⁵ Pour une approche plus précise, voir notamment le compte rendu de l'intervention de Denis Piveteau lors de la réunion de l'atelier du 8 novembre 2018.

¹⁶ Les dix risques correspondent à : la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et maladies professionnelles, la vieillesse, la survie, la famille, l'insertion et la réinsertion professionnelles, le chômage, le logement, la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces dix risques sont regroupés en six catégories : santé (maladie, invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles), vieillesse-survie (combinant ces deux risques), famille (périmètre inchangé), emploi (insertion-réinsertion professionnelle), logement (périmètre inchangé), pauvreté-exclusion sociale (périmètre inchangé). Ces nomenclatures et modes de présentation sont ceux retenus par la comptabilité nationale et le système arrêté au niveau européen (nomenclature SESPROS). Voir Drees, *La protection sociale en France et en Europe en 2016, résultats des comptes de la protection sociale*, juin 2018 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>).

¹⁷ Voir Romain Roussel, *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*, Drees, Études et Résultats, n°1032, octobre 2017.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- Au sein même des assurances sociales, la sécurité sociale prend en charge de nombreux risques regroupés au sein de quatre branches soit, respectivement, les branches maladie (prenant en charge les risques maladie, maternité, invalidité et décès), vieillesse, famille et accidents du travail – maladies professionnelles. Or, ces différentes branches et, en particulier, les branches maladie et vieillesse, contribuent directement à soutenir les personnes âgées dépendantes de manière générale (pensions de retraite, prestations d'assurance maladie) ou dédiées (action sociale ou financement de structures et, au premier chef, des EHPAD) ;
- Enfin, la question posée a trait directement au champ retenu pour ce « cinquième risque » qui peut concerner les personnes âgées dépendantes ou, dans une approche plus large, l'ensemble des personnes nécessitant d'être accompagnées pour être pleinement autonomes. Cette approche reviendrait à définir une organisation et un *corpus* de règles unificatrices pour des personnes relevant actuellement de protections différentes (les personnes en situation de handicap au sens habituel du terme ; les bénéficiaires des prestations accidents de travail/maladies professionnelles ou invalidité ; les personnes âgées allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie). Elle conduirait à adopter une approche « finaliste » (protéger de manière identique des personnes du fait des limitations qu'elles subissent) et non « causaliste » (les soutiens apportés varient selon l'origine, l'âge auquel la limitation survient et, le cas échéant, selon la prise en compte de la durée probable de vie). L'atelier n'a pas délibéré sur le champ de ce cinquième risque en ce que se périmètre pouvait aller bien au-delà du champ du « grand âge ». Les éventuels liens entre les deux modes d'intervention ont été évoqués. Pour autant, les conséquences d'un rapprochement systémique ont donné lieu à des travaux dédiés du Conseil de l'âge¹⁸ et n'ont pas été directement abordées par l'atelier.

Le concept de cinquième risque, renvoyant à des couvertures spécifiques et dédiées, est donc des plus délicats à manier. Compte tenu des lignes de partage évoquées ci-dessus, la référence à un risque de protection sociale ou de sécurité sociale ne contribue pas davantage à clarifier la portée de la notion. Pour autant, et en dépit de la difficulté à cerner le concept au regard des standards existants, la référence à un cinquième risque constitue une référence et un horizon mobilisateur qui a structuré les évolutions politiques au cours des dernières années. Pour les acteurs, au regard des modes institutionnels et juridiques de couverture des risques sociaux existants en France, la notion de cinquième risque renverrait ainsi à l'idée d'un risque délimité, pleinement reconnu, pris en charge par une organisation dédiée, financé par des recettes propres et affectées et dont les prestations sont versées en application de règles et critères nationaux et homogènes. Cet horizon conduirait ainsi à la constitution d'une nouvelle « branche » autonome au sein de notre système de protection sociale.

Pour autant, si l'idée de cinquième risque renvoie à des couvertures nationales, aux contenus homogènes et aux financements assurés ; elle ne permet pas, de manière définitive, de déterminer le mode de gouvernance et de pilotage applicable. En effet, une nouvelle « branche » ne préjuge pas nécessairement, pour tous les acteurs, son inscription au sein de la sécurité sociale et donc un fonctionnement identique à celui des branches, régimes et caisses existants. Ainsi, la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004¹⁹ a acté la volonté originale de combiner les interventions des différents acteurs (Etat, sécurité sociale et collectivités territoriales), au bénéfice tant des personnes handicapées que des personnes âgées, au sein d'une institution commune et *sui generis* chargée -schématiquement- de financer une partie des actions, de fédérer les interventions, d'en évaluer les impacts et de développer des projets d'intérêt

¹⁸ Voir Conseil de l'âge, *Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie* (en particulier la note 1 « Premiers éléments sur un « cinquième risque de sécurité sociale »), décembre 2018 (<http://www.hcfea.fr>).

¹⁹ Par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées.

commun (modes de pilotage, systèmes d'information, référentiels notamment). Les évolutions successives de la gouvernance de la CNSA n'ont pas conduit à remettre en cause ce mode d'action et de fonctionnement²⁰.

Cette spécificité de la politique du « grand âge et de l'autonomie » renvoie directement à un contexte, celui de l'affirmation progressive d'un risque social devant être pris en compte et couvert. L'analyse de la configuration actuelle et, en particulier, du mode de pilotage et de la gouvernance, reflète directement l'idée que le contour exact de la couverture offerte et de ses modes de mise en œuvre demeurent un objet de débat²¹.

L'ensemble des travaux sur le grand âge souligne que la dynamique de vieillissement de la population appelle nécessairement la mise en place de couvertures spécifiques mais doit aussi nécessairement conduire à faire évoluer en profondeur l'ensemble des politiques publiques pour mieux prendre en compte le grand âge, nouvelle période de la vie qui concerne une part de plus en plus importante de la population. Au-delà de la solvabilisation des besoins individuels de prise en charge, la société doit ainsi prendre de plus en plus en compte la population des personnes âgées et très âgées dans le cadre d'une politique plus générale de reconnaissance du « grand âge »²². Cela concerne naturellement la prise en compte des aidants mais, au-delà, l'évolution plus générale du cadre de vie qui conduit, par nature, à dépasser les frontières traditionnelles des interventions, notamment en mobilisant l'ensemble des ministères, et non seulement les ministères sociaux, en interrogeant le rôle et les modalités d'intervention des différents acteurs publics tant nationaux que territoriaux. Cet aspect a été directement traité par l'atelier « cadre de vie » dans le cadre de la concertation. Il convient donc ici de s'y rapporter²³.

Un élément doit retenir l'attention sur la manière dont on identifie le champ et les modalités de mise en œuvre de la politique du « grand âge », le lien entre les politiques de soutien aux personnes handicapées et de soutien aux personnes âgées. Le choix actuel, dans le cadre de la « maison commune » constituée par la CNSA, est de mettre l'accent sur le lien -indéniable- dans les prises en charge des deux populations. Elle peut néanmoins conduire à minorer les spécificités de la politique du grand âge, son déploiement et son identification rigoureuse qui est clairement revendiquée dès lors que le « cinquième risque » est évoqué.

1.2.2 Les usagers et les acteurs opérationnels sont ainsi confrontés à des interventions cloisonnées et insuffisamment coordonnées

Du point de vue de l'utilisateur, l'entrée dans les dispositifs de prise en charge puis la gestion courante est difficile puisqu'elle est directement liée à :

- l'identification de l'existence de soutiens offerts et la compréhension de leur apport ;

²⁰ Voir par exemple les évolutions de la composition du conseil de la CNSA introduites par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

²¹ Pour une approche plus précise, voir notamment le compte rendu de l'intervention de Francis Kessler lors de la réunion de l'atelier du 8 novembre 2018.

²² Voir notamment Luc Broussy, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, France : année zéro !*, rapport de la Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, janvier 2013 (www.ladocumentationfrancaise.fr).

²³ Voir la synthèse des travaux de l'atelier 9 « Cadre de vie et inclusion sociale » coprésidé par Marie-Caroline Bonnet-Galzy et Matthieu Klein.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- l'entrée dans le dispositif, *via* une évaluation qui est unanimement estimée comme perfectible : segmentation des équipes d'évaluation, difficultés à reconnaître les différentes évaluations conduites par les départements et les caisses de retraite, forte variation dans le temps et l'espace des évaluations et lien contestable entre les fonctions d'évaluateur et de financeur des soutiens ;
- la gestion effective du parcours de la personne prise en charge, dont les besoins, par nature, évoluent au fil des années du fait de ruptures ou de l'évolution de l'état de santé, et qui nécessite une forte coordination des intervenants autour de la personne.

Les acteurs opérationnels ont largement témoigné au sein de l'atelier de la pesanteur du système actuel qui contribue à une prise en charge largement perfectible des personnes âgées. Les établissements et services à domicile mettent en avant à juste titre le fait qu'ils sont confrontés à des autorités de régulation, d'autorisation, de tarification particulièrement diverses et variables selon le type d'activités qu'ils conduisent et le statut de leur structure (Ehpad, Ssiad, Spasad, Saad²⁴). Les interventions successives et parfois simultanées, au niveau local, du département, de l'agence régionale de santé et des organismes de sécurité sociale et, au niveau national, des autorités centrales (CNSA et directions d'administrations centrales) ou des caisses nationales sont considérées comme peu coordonnées, insuffisamment intégrées et peu lisibles. Si les acteurs conviennent que les différences d'interventions (hébergement pérenne, structures d'accueil, services à domicile avec ou sans dominante sanitaire) ou de statuts (public, privé sans but lucratif ou privé à but lucratif) peuvent justifier des interventions différenciées des autorités finançant ou régulant le système, ils demandent la mise en œuvre d'une régulation structurée avec un interlocuteur principal sinon unique et un dialogue de gestion formalisé et organisé. A cet égard, les efforts récents de rationalisation des modes de pilotage ou de décision, *via* par exemple la réforme de la tarification ou la mise en place des conférences des financeurs²⁵, sont considérés comme devant être salués mais demeurent insuffisants et en demi-teinte. L'ensemble des acteurs opérationnels ayant contribué aux travaux de l'atelier souligne ainsi avec force la nécessité d'aller nettement plus loin et de proposer un cadre simplifié de gouvernance et de pilotage, reposant sur des procédures claires, lisibles, dirigées vers la qualité du service rendu à la personne, avec un interlocuteur unique et clairement identifié pour la conduite du dialogue de gestion. A terme, il pourrait s'agir de proposer un cadre unique de gouvernance et de pilotage, applicable sur l'ensemble du territoire national et reposant sur des procédures standardisées et homogènes.

Le système actuel de pilotage et de gouvernance ne permet en outre pas à l'heure actuelle de prendre en charge de manière intégrée et transversale deux volets opérationnels qui sont pourtant essentiels à la bonne conduite de la politique : la gestion des ressources humaines et les systèmes d'information²⁶. En effet, quelle que soit la dimension territoriale ou nationale de la politique menée, des actions communes aux différents acteurs et aux différents secteurs (public, privé non lucratif et lucratif) sont nécessaires s'agissant de la GRH (parcours de formation initiale et continue, grilles de rémunération et cadre d'emploi, travaux sur l'attractivité des métiers, ingénierie des formations, échanges de bonnes pratiques) et des systèmes d'information (tant dans leur volet

²⁴ Soit, respectivement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile et les services de soins infirmiers à domicile.

²⁵ Introduits par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ; voir également Pierre Ricordeau, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Rapport IGAS (2018-023R), avril 2018 (<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article664>).

²⁶ Ces deux volets ont également donné lieu à des travaux spécifiques dans le cadre de la concertation à laquelle le lecteur se rapportera. Voir les travaux de l'atelier 6 « Métiers » coprésidé par Alice Casagrande et Mathias Albertone et ceux du groupe de travail « Données de gestion et interopérabilité des systèmes d'information » coprésidé par Patrick Aubert et Macaire Lawin.

opérationnel afin de garantir que les mêmes procédures sont appliquées sur l'ensemble du territoire que dans leurs dimensions de partages d'information et de consolidation des données, notamment à des fins statistiques, de coordination des intervenants de proximité et de pilotage national et local).

1.2.3 Cette complexité pénalise, au premier chef, les aidés et leurs aidants

La « mosaïque institutionnelle » et la grande diversité des modes de prise en charge (constatée tant dans la variété des structures d'offre - Ehpad, Saad, Spasad, Ssiad²⁷ en particulier- que dans les offres proposées effectivement dans chaque territoire) rendent plus difficile l'accès effectif de l'utilisateur aux soutiens offerts. La complexité est ainsi fort peu internalisée par les acteurs publics mais largement répercutée sur les personnes prises en charge et leurs proches aidants. Il en résulte un nouveau paradoxe : la construction progressive de la politique du grand âge et du « cinquième risque » a conduit à multiplier les interventions, par des opérateurs aux statuts juridiques différents, afin de diversifier les modes de prise en charge et de répondre en proximité aux besoins des personnes. Mais elle a conduit à ce que l'utilisateur soit confronté à un « maquis » d'acteurs. Alors même que le moment où le soutien demandé est souvent synonyme de rupture, de grande fragilité ou d'urgence, outre la barrière forte liée au fait même de demander un soutien (synonyme de vieillissement et du fait que l'on dépend de plus en plus de tiers, et révélateur d'une perte d'autonomie souvent irréversible), il est demandé à l'utilisateur et à ses proches de s'orienter au sein d'une offre diversifiée et d'identifier celle qui est la plus à même de répondre à ses besoins voire à ses capacités à financer un service ou une prise en charge.

En somme, la construction progressive d'une politique du grand âge en France a estimé – sans doute à juste titre- comme prioritaire le développement de l'offre et de la réponse aux besoins, affaiblissant de ce fait la capacité à constituer un système simple, accessible et lisible pour les usagers et leurs proches. La prise en charge de la dépendance est donc synonyme pour les usagers de parcours peu compréhensibles et lisibles. Alors même que la prise en charge de la personne âgée intervient pour soulager, elle est aussi source de questionnements nouveaux, de découverte de procédures souvent complexes et difficiles d'accès.

Les pouvoirs publics ont progressivement pris la mesure de ces insuffisances, en veillant à développer des informations générales et pratiques de nature à permettre aux usagers de s'orienter. A cet égard, le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr constitue une avancée importante. Mais la mise à disposition d'informations *via* internet ne peut constituer la réponse unique à un besoin de parcours simplifiés, exprimé par des usagers ou des familles se trouvant dans des situations de fragilité prononcée dans des moments clefs de leurs existences, pour une population parfois éloignée de l'usage des services en ligne.

Passer outre cette complexité institutionnelle nécessite le déploiement d'une fonction nouvelle d'« ensemblier » d'interventions publiques, adaptées à un besoin de couverture d'une gamme étendue de besoins des personnes et d'une gestion du parcours de la personne âgée. C'est le sens des démarches d'évaluation de la dépendance qui ont été mises en œuvre : les équipes d'évaluation ont vocation à évaluer les besoins de la personne et à lui proposer les soutiens les plus adaptés. Mais cette orientation de l'utilisateur et sa prise en charge demeurent largement perfectibles en ce que l'accès au système demeure ardu, les démarches d'évaluation sont souvent critiquées et la gestion des parcours demeure un défi à relever. Un élément est particulièrement révélateur de ce besoin

²⁷ Soit, respectivement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile et les services de soins infirmiers à domicile.

Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »

insatisfait d'intégration des services et de l'information : nombre d'acteurs nouveaux de la *silver economy* proposent ainsi des approches intégrées *via* des interfaces permettant de mettre en contact les intervenants autour de la personne, de partager des informations ou encore de prendre connaissance des différents services offerts²⁸. L'initiative privée se déploie ici à juste titre pour répondre à des besoins peu ou mal pris en charge par l'action publique. La question de la complémentarité entre ces initiatives privées et l'action publique demeure par ailleurs, un élément à clarifier²⁹.

²⁸ Voir, à titre d'exemple, les solutions *families* (<http://families.com/>) et *famileo* (www.famileo.com).

²⁹ C'est un des éléments pris en compte lors du lancement de la filière silver économie par la Ministre des Solidarités et de la Santé en octobre 2018 qui s'est concrétisée par une première feuille de route 2019/2020 remise en février 2019 (voir <https://solidarites-sante.gouv.fr> et <https://www.silvereco.fr>).

1.3 Des inégalités de traitement qui, si elles ne sont pas toutes documentées, sont manifestes et peuvent être perçues comme une carence du système actuel de gouvernance et de pilotage

1.3.1 Une ambiguïté native en France entre politique territoriale et politique territorialisée, ambiguïté moins prégnante dans les autres pays développés

La combinaison d'interventions relevant, respectivement, de l'aide et de l'action sociales (portées majoritairement par l'Etat et les départements) et d'assurances sociales (relevant des branches de sécurité sociale) a conduit à juxtaposer deux logiques différentes relevant d'idéaux-types distincts :

- Une politique territoriale, portée, définie et financée par les collectivités territoriales et, au premier chef, les Conseils départementaux. Ce mode d'action induit en France une compétence large des autorités locales, conséquence logique du principe de libre administration des collectivités territoriales. Cette marge d'autonomie est plus ou moins prononcée selon la nature des normes nationales édictées. Ainsi, par exemple, l'ouverture des droits au revenu de solidarité active est assurée quasi exclusivement par l'application des normes législatives et réglementaires, les possibilités d'adaptation des départements sont donc ténues sinon inexistantes. La mise en place d'une politique territoriale s'explique par le souci de répondre aux besoins au plus proche des réalités des territoires et de leurs populations : elle justifie donc des adaptations qui peuvent conduire à des différences de traitement entre les territoires. La légitimité de ces différences n'est pas problématique en tant que telle dès lors qu'elle relève de la responsabilité politique des élus locaux. La légitimité électorale de l'assemblée locale joue ici un rôle déterminant ;
- Une politique territorialisée, qui renvoie à la nécessité de prendre en compte la réalité des territoires dans la mise en œuvre et la déclinaison d'une politique publique. L'enjeu de territorialisation se pose quel que soit le niveau de définition de la politique conduite, qu'elle relève d'une légitimité et de centres de décision nationaux ou locaux. Ainsi, une politique départementale doit nécessairement être territorialisée pour produire tous les effets attendus sur l'ensemble de l'espace géographique du département. La question clef ici est avant tout opérationnelle. Il s'agit de territorialiser les modes d'accès aux services et le déploiement de la politique au plus près des populations prises en charge : une politique territorialisée ne relève donc pas nécessairement d'une assemblée locale élue. Par nature, le besoin de territorialisation est potentiellement plus fort pour une politique nationale que pour une politique territoriale. La démarche de territorialisation peut ainsi laisser à des acteurs, rattachés à une autorité nationale, une marge d'autonomie locale dans la mise en œuvre des services (accueil, information, modes de prise en charge des personnes protégées) comme, parfois, dans l'exercice des droits (prestations extra légales ou complémentaires, modulation des soutiens selon le profil de la personne protégée ou selon le territoire...).

Ces deux idéaux-types se traduisent de manière imparfaite dans la réalité des politiques conduites. Ils permettent néanmoins d'identifier une partie des difficultés rencontrées actuellement en matière de pilotage et de gouvernance :

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- Les départements, dont le rôle a été récemment réaffirmé et conforté³⁰, disposent d'une légitimité électorale locale et de compétences étendues en matière d'action sociale³¹. Ils entendent que la politique conduite soit pleinement adaptée à leur perception du territoire et de ses spécificités et selon les priorités qu'ils déterminent ;
- Les agences régionales de santé, créées il y a moins de dix ans (2010), jouent un rôle important qui lui non plus n'a pas été remis en cause, tant en matière d'autorisation des structures que de leur financement. Elles ont en outre la pleine responsabilité s'agissant des prestations de soin assurées par les différents intervenants médico sociaux et financées par l'assurance maladie. Elles assument en outre un rôle de contrôle et d'inspection qui est traditionnellement dévolu à l'Etat. La légitimité de l'intervention des ARS est directement fonction de la conception que l'on retient du bien-fondé de l'intervention de l'Etat dans la politique du grand âge ;
- les organismes de sécurité sociale interviennent pour leur part de manière globale s'agissant des prestations légales qu'ils gèrent et, de manière plus ponctuelle, *via* les aides extra légales qui sont financées dans le cadre de leurs politiques d'action sanitaire et sociale (politiques qui ont vocation à être fortement territorialisées dans le respect des orientations définies au niveau national). Ces organismes tirent leur légitimité de leurs interventions spécialisées et du choix initial de construire ces réseaux « en dehors » du périmètre traditionnel des administrations d'Etat et de leur gouvernance particulière (rôle des partenaires sociaux, important notamment en matière d'action sociale).

La combinaison de ces différents modes d'action est difficile et présente donc des limites objectives, qui, là encore, reflètent le caractère hybride des politiques menées. Au niveau territorial, la recherche de cohérence entre les différentes interventions est chronophage et souvent délicate. Elle se heurte en outre parfois à des conceptions peu conciliables de la perception de leurs rôles respectifs par chaque acteur. Au-delà de la « mosaïque institutionnelle » décrite précédemment, ces lourdeurs et difficultés ont conduit la quasi intégralité des membres de l'atelier à plaider pour une clarification et la fin de compétences conjointes ou combinées.

³⁰ Par exemple, l'article 3 de la loi ASV du 28 décembre 2015 confie au Conseil départemental la présidence de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

³¹ L'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales, modifié par la loi NOTRe du 7 août 2015, établit que le Conseil départemental est notamment compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. Il a compétence pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale sur le territoire départemental, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des régions et des communes. L'art. L. 113-2-I du code de l'action sociale et des familles dispose que le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants.

L'hésitation à confier à un acteur unique, sinon l'ensemble des responsabilités, au moins une part substantielle de celles-ci, peut être justifiée tant par une approche pragmatique de mobiliser les réseaux et compétences existants, par-delà leurs différences et leurs spécificités. Elle peut refléter aussi la difficulté à choisir entre une politique territoriale (définition locale de la politique et, corrélativement, inégalités de traitement assumées entre les territoires) et une politique territorialisée (adaptations territoriales dans la mise en œuvre mais définition nationale des droits des bénéficiaires et des modes d'ouverture de ces droits et de recours à ceux-ci). Les travaux conduits permettent de souligner que même les pays connaissant une forte décentralisation sont apparemment parvenus à lever cette opposition apparente entre les deux idéaux types (cf. encadré *infra*) : encadrement national de l'autonomie des autorités locales (par exemple, au Danemark, les communes ont l'obligation de proposer la réalisation d'un bilan santé-autonomie à toute personne dès 75 ans), publication des évaluations des politiques locales et comparaison des résultats entre les différentes municipalités, création d'instances consultatives des personnes âgées au niveau local.

En Suède, une prise en charge territoriale par les communes dans le respect d'un encadrement national prononcé

La prise en charge de la perte d'autonomie en Suède repose sur trois niveaux de gouvernance. Au niveau national, le Parlement et le gouvernement déterminent les normes applicables et les objectifs à atteindre. Au niveau régional, les régions (au nombre de 21) sont responsables de l'organisation des soins de santé, qu'ils soient préventifs ou curatifs et de leur délivrance, en milieu hospitalier et ambulatoire, y compris pour les soins infirmiers à domicile et les soins palliatifs de pointe. Au niveau local, les 290 municipalités sont responsables de la gestion des services sociaux, dont les soins (au sens de « *care* ») et l'hébergement des personnes âgées. Les comtés et les municipalités disposent d'un haut degré d'autonomie vis-à-vis du gouvernement central. Ces deux échelons ont des assemblées élues et le droit de prélever des impôts.

Les municipalités se sont vues attribuer la responsabilité principale en matière de prise en charge des personnes âgées en 1992. Ainsi ont-elles la responsabilité légale de fournir des services sociaux à toute personne dans le besoin : c'est un objectif très général, pour la mise en œuvre duquel il leur appartient localement de définir les modalités les plus adaptées. L'objectif principal, fixé par la loi, est de renforcer la capacité de la personne à mener une vie indépendante et de veiller à ce que les personnes âgées mènent une vie digne et leur assurant le bien-être. Les services fournis se traduisent en priorité sous la forme de services à domicile. La loi énonce en effet des objectifs très généraux : « *la prise en charge des personnes âgées par les services sociaux devrait être axée sur leur dignité et leur bien-être [...] les personnes âgées doivent avoir la possibilité de vivre de manière indépendante dans la sécurité et pouvoir mener une existence active et significative en communauté avec les autres.* »

Les municipalités ont également la responsabilité de la fourniture des soins de santé dans les établissements pour personnes âgées dans 265 des 290 municipalités, par délégation de compétence des régions. Tous les comtés ont transféré la responsabilité des soins de santé à domicile aux municipalités, sauf dans le comté de Stockholm, en l'absence d'accord des municipalités. Les comtés restent néanmoins responsables des soins prodigués par un médecin. S'agissant de l'aide à domicile, notamment des activités de la vie quotidienne et des soins personnels, les municipalités ont l'obligation de proposer une gamme de services étendue et fixée au niveau national par la loi, qu'elles fournissent ou non à la personne, selon ses besoins. S'impose donc aux municipalités le service d'une prestation organisée en plusieurs volets : chaque commune doit pouvoir proposer à la personne la fourniture de soins de santé sur prescription médicale (par conventionnement avec la région), de soins d'hygiène, d'aides techniques, de téléalarmes, de services de portage de repas, de services de conciergerie (ménage, lessive, achats, promenade et loisirs), d'hébergements de court terme après hospitalisation, d'aide à la mobilité, d'allocation d'adaptation du logement, d'activités de jour (promenade, loisirs).

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

Le système suédois est donc fortement décentralisé et positionne clairement les municipalités en chef de file et pilote unique de l'offre de services, à domicile comme en établissement, pour les personnes âgées. Si le secteur privé se développe depuis une loi de 2009, la majorité des services et établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie reste internalisée et constitue des services communaux, financés par l'impôt municipal. Ce pilotage unique par les municipalités repose cependant sur un conventionnement avec les régions qui détiennent la compétence sanitaire et la délèguent pour ce qui concerne le soin infirmier à domicile ou en établissement. Régions et municipalités peuvent également créer des structures communes afin de mutualiser leurs actions de formation, d'audit et d'évaluation, de conseil aux structures, de prévention de la perte d'autonomie. Le niveau national est clairement repositionné sur la définition d'objectifs et l'allocation de moyens (le financement reposant toutefois principalement sur les budgets et ressources des municipalités), l'évaluation de la politique du grand âge, au sein d'une agence dédiée, la publication de données sur la qualité des prises en charge et la satisfaction des personnes. Cette gouvernance ne manque cependant pas de faire débat en Suède :

- D'importantes disparités émergent entre les municipalités, en termes de qualité et de disponibilité des services. Les collectivités décentralisées sont soumises au respect des normes légales applicables, sous le contrôle de l'Inspection des Affaires Sociales et de Santé («IVO»), qui inflige des pénalités financières aux collectivités contrevenantes (300 amendes émises en 2018 pour défaillances dans la fourniture de services de santé ou d'aide sociale). Cependant, de nombreuses voix appellent à un renforcement des objectifs de qualité de la prise en charge définis par la loi au niveau national ;
- L'évaluation de la politique du grand âge se heurte au manque de fiabilité des données et à l'importance du travail de retraitement statistique des données transmises par les municipalités ;
- La bonne articulation entre régions et municipalités est décisive dans le fonctionnement global du pilotage de cette politique. Les échanges de données individuelles sont déterminants pour la qualité du service fourni mais paraissent perfectibles, tant en raison de la qualité des outils que du haut niveau de protection des données individuelles en Suède.

1.3.2 Des hétérogénéités de traitement et des inégalités établies

Dans le cadre actuel, trois dimensions ont un impact fort sur les éventuelles différences de traitement : l'hétérogénéité des outils d'évaluation, les différences de pratiques d'évaluation des besoins ainsi que les disparités au niveau de l'offre de prise en charge, qui a un impact direct sur la capacité effective de répondre à ces besoins dans chaque territoire et d'assurer une réponse de qualité³².

³² A ces éléments s'ajoute parfois la critique du lien entre démarche d'évaluation et de prise en charge. L'absence de distinction de ces fonctions pourrait conduire à prendre en compte les contraintes d'offre ou de financement et ainsi affecter le caractère objectif voire impartial de l'évaluation des besoins.

Ces différences de traitement et inégalités sont largement documentées. Ainsi, les travaux conduits par la Drees récemment³³ mettent en lumière des différences fortes s'agissant de la prévalence de la dépendance à domicile au bénéfice des évaluations réalisées dans chaque département qui, selon les indicateurs, varie du simple au double entre les départements. La prévalence de la perte d'autonomie parmi les personnes de plus de 75 ans est appréciée de plusieurs manières (score agrégeant plusieurs dimensions, appréciation univoque de la limitation par rapport à des activités courantes ou mesure des limitations physique, sensorielle et cognitive). Quel que soit le mode de mesure, il existe des écarts de prévalence de la dépendance à domicile qui sont significatifs entre les départements et les mêmes départements se trouvent aux extrêmes de la distribution. Les mêmes différences entre les départements sont constatées en ce qui concerne la part des plus de 75 ans pris en charge au titre de l'APA à domicile. L'analyse ne permet certes pas de conclure à une mise en œuvre inéquitable de la politique sur l'ensemble du territoire ; mais aucune explication déterminante justifiant les écarts constatés entre les territoires ne peut être apportée : la mobilisation de données socio démographiques³⁴ ou de données relatives à la densité de l'offre de services médico sociaux³⁵ dans chaque département ne permet pas d'expliquer les différences constatées de prise en charge entre les départements. Cette analyse est d'ailleurs rappelée par le Conseil de l'âge dans ses travaux : les écarts sont manifestes sans pour autant que leurs déterminants soient clairement identifiables³⁶.

Par construction, le dispositif conduit à territorialiser les prises en charge : les tarifs des services et les modes de financement des acteurs de la prise en charge sont différents selon les territoires, du fait notamment des marges d'appréciation laissées par les textes aux départements, tant s'agissant du financement des établissements que des services à domicile. Compte tenu des paramètres régissant l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et en établissement, et la prise en compte des revenus du bénéficiaire, mais également de la disparité des pratiques constatées concernant l'aide sociale à l'hébergement (ASH), le reste à charge peut être particulièrement important, notamment pour les personnes prises en charge en EHPAD³⁷. Il varie également selon les territoires et la nature des services offerts³⁸.

1.3.3 Une préférence pour l'expérimentation et l'innovation territoriales : CDCA, conférences des financeurs, MAIA et PAERPA

³³ Patrick Aubert, *Disparités de dépendance, disparités d'APA à domicile*, Drees, séminaire du HCAAM et du HCFEA du 13 juin 2018

³⁴ Telles que l'espérance de vie, le niveau de vie, le taux de pauvreté du département, le taux de pauvreté des 75 ans et plus, le taux d'urbanisation, les anciennes professions des 75 ans et plus ou encore la part des seniors vivant seuls et à domicile.

³⁵ Telles que le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile, le nombre d'infirmiers libéraux par habitant de 75 ans et plus, le nombre de places d'EHPAD par habitant de 75 ans et plus.

³⁶ Voir Conseil de l'âge, *Contribution... op. cit.* : « De fortes variations des plans personnalisés APA existent entre départements. On les a décrites dans le tome 2 du rapport de décembre 2017 et montré qu'une partie seulement des écarts est explicable par des éléments objectifs. Le rapport de 2017 concluait ainsi : « Cette variabilité est le pendant de la décentralisation, de la difficulté d'enserrer les plans dans des normes opposables et du souci de les personnaliser. Il est possible qu'elle soit influencée par la situation financière des départements. Mais certains commentateurs estiment, au nom de l'égalité sur le territoire, qu'il convient de réduire cette variabilité et d'accroître les références opposables. On peut souligner l'importance de connaître les pratiques au niveau local si on souhaite mettre en œuvre des réformes et les évaluer. »

³⁷ A titre d'exemple, fin 2016, selon la Drees, un tiers des résidents en EHPAD déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à leur prise en charge, 11 % doivent mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais et près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses. Voir Xavier Besnard et Malika Zakri, *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions*, Drees, Etudes et résultats, n°1095, novembre 2018.

³⁸ Pour une approche détaillée, voir Conseil de l'âge, *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*, décembre 2017 et *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, novembre 2018 (<http://www.hcfea.fr>).

Les politiques conduites reposent donc notamment, au plan opérationnel, sur des arrangements institutionnels entre les partenaires d'un territoire, dont l'ampleur et la nature sont laissés à l'appréciation des acteurs de chaque département (départements, ARS, organismes de sécurité sociale et autres collectivités territoriales en particulier).

Les évolutions récentes ont conduit à renforcer cette activité partenariale, encouragée notamment par les démarches conduites par la CNSA dans le cadre défini par la loi ASV³⁹. Ainsi, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) doit se substituer aux instances préexistantes propres aux champs du handicap et de la prise en charge du grand âge⁴⁰. De même, le financement des actions préventives, domaine partenarial par essence, a vocation à être pris en charge par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes qui doivent coordonner, dans chaque département, les financements de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus autour d'une stratégie commune⁴¹. Afin d'encourager le déploiement de ces dispositifs, des actions d'accompagnement ont été conduites par la CNSA et des financements dédiés ont été mobilisés. Les évaluations soulignent néanmoins des différences assez prononcées dans la mise en œuvre de ces deux dispositifs dans les départements⁴².

La prise de conscience de cette diversité et de la nécessité de répondre aux besoins concrets des personnes a conduit à mettre en place des réseaux spécifiques. Par exemple, depuis 2008, une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) est mise en œuvre sous l'égide de la CNSA. La démarche vise à faciliter l'intégration des services d'aide et de soins en associant l'ensemble des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants. Les modalités concrètes de mise en œuvre de la démarche sont arrêtées au niveau local. A la fin de l'année 2016, on dénombrait 352 MAIA qui couvraient 98% de la population.

Dans un autre ordre d'idée, compte tenu des liens évidents entre la prise en charge sanitaire et sociale, les expérimentations Paerpa (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) ou parcours de santé des aînés, ont été déployées depuis 2014 dans des territoires pilotes. L'objectif du parcours est de maintenir la personne dans son cadre de vie habituel, avec la plus grande autonomie, le plus longtemps possible. Dans ce cadre, le parcours vise à coordonner les acteurs autour des personnes âgées de 75 ans et plus pour leur offrir les soins adaptés, dans les structures idoines, par les acteurs compétents et au meilleur coût. Les principaux facteurs d'hospitalisation évitables sont repérés (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments). La coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée est optimisée. En 2016, le dispositif Paerpa a été étendu, avec pour objectif de déployer au moins un territoire Paerpa dans chaque région.

³⁹ Soit la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

⁴⁰ Présidé par le président du conseil départemental, le CDCA remplace ainsi le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) et le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)

⁴¹ Au sein de la conférence siègent des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. Toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie peut également être amenée à siéger au sein de la conférence.

⁴² Voir Agnès Firmin Le Bodo et Charlotte Lecocq, *Rapport d'information n°438 sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, décembre 2017 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0438.asp>) et Anne-Claire Bensadon, Christine Daniel et François Scarbonchi, *Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile*, Rapport IGA-IGAS (16113-R1 et 2017-004R), septembre 2017.

Ces différentes actions sont globalement considérées par les membres de l'atelier comme nécessaires et utiles. Elles posent néanmoins, en creux, la question du déploiement de modes de prise en charge standards sur l'ensemble du territoire : en effet, pour assurer la pleine montée en charge de ces nouveaux modes d'organisation et de structuration de l'offre de services, la démarche partenariale est indispensable. Elle est, de fait, plus ou moins prononcée selon les territoires concernés. Combinées aux différences de prise en charge dans les départements, évoquées précédemment, elles constituent une piste d'explication aux différences constatées dans la prise en charge des 75 ans et plus selon les territoires considérés. Au-delà, le recours récurrent à des expérimentations, progressivement déployées sur l'ensemble du territoire, au fil des démarches volontaires, est en tant que tel porteur d'inégalités, *a minima* pendant une période. Il conduit en outre régulièrement à interroger le système d'acteurs en place, sans pour autant définir un horizon clair, partagé et généralisé d'action.

1.4 Un système qui se révèle peu capable de gérer les parcours, mode d'action qui doit, pour les personnes âgées, être priorisé

Les personnes âgées prises en charge dans le cadre de la politique du grand âge présentent des fragilités spécifiques qui sont, dans la plupart des cas, susceptibles de s'aggraver au fil de leur parcours de vie. Les services offerts doivent donc être adaptés afin, non seulement, d'accompagner ce parcours mais aussi, idéalement, de prévenir tout risque anticipable ou évitable⁴³.

Le caractère perfectible de l'information et, surtout, de l'accompagnement des aidés et des aidants conduit nombre d'acteurs à souligner la nécessité de réaliser un effort significatif à ce sujet. Le Conseil de l'âge recommande ainsi, sur le modèle mis en place au Japon et comme cela est déjà le cas pour les situations complexes dans le dispositif MAIA, de créer des « gestionnaires de cas » chargés d'accompagner les personnes en GIR élevés⁴⁴.

Dans la continuité de ces constats, les travaux de l'atelier soulignent le caractère perfectible de l'accès aux droits tant des personnes protégées que de leurs aidants : les deux populations doivent être mieux informées et accompagnées et les deux catégories ont vocation à ne pas être traitées de manière distincte mais commune. Schématiquement, l'atelier a identifié quatre points saillants s'agissant de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants :

- Le primoaccès et les dispositifs généraux d'information sur les prestations et prises en charge doivent être améliorés. En effet, contrairement aux autres soutiens, l'identification d'un besoin d'intervention survient à l'occasion d'un événement de vie et est rarement anticipé. Les aidés et aidants doivent ainsi accéder aux droits dans des périodes particulières et disposer rapidement des informations nécessaires. Le système actuel, largement laissé à l'initiative des acteurs territoriaux, ne garantit pas, sur l'ensemble du territoire, l'accès à l'ensemble des informations disponibles. Le portail d'information récent (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) a constitué une avancée notable mais le *front office* d'accueil et d'information demeure insuffisant ;
- Les informations dispensées sont principalement centrées sur les prestations proposées. Cet élément est assurément central mais les aidés et aidants ont besoin également d'accéder à un ensemble d'informations qui va au-delà des seules prestations (cadre de vie, adaptation du logement...);

⁴³ Cette démarche est notamment celle qui a inspiré la construction des parcours santé des aînés (PAERPA, voir *supra*).

⁴⁴ Voir Conseil de l'âge, *Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie* (note 3, Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées), décembre 2018.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- Le système actuel est souvent marqué par un net cloisonnement entre, d'une part, les actions mises en œuvre par les intervenants sociaux et, d'autre part, celles assurées par les intervenants sanitaires. Si les logiques à l'œuvre visent à décloisonner les champs sanitaire et social (évolution des services à domicile, dispositifs MAIA et PAERPA...), les acteurs demeurent encore largement indépendants et leurs interventions peinent à être coordonnées, notamment en raison de l'absence de système d'information global et partagé ;
- Cette situation fragilise non seulement le primo accès aux droits mais aussi la prise en charge au long cours des personnes protégées et de leurs proches. Si la gestion de « parcours » personnalisés, construits selon les besoins de la personne, est en tous points encouragée, elle n'apparaît pas, à ce jour, susceptible d'être mise en œuvre. En effet, l'intervention des différents acteurs est largement rythmée par des événements (réponses aux besoins routiniers ou spécifiques de la personne), et le cloisonnement entre les intervenants des champs sanitaire et social amoindrit la capacité à construire des réponses à l'ensemble des besoins de la personne appréciés au fil de l'eau et, le cas échéant, adaptés à intervalles réguliers.

La gestion de parcours est largement promue actuellement dans divers champs d'intervention sociale (prise en charge des assurés sociaux par l'assurance maladie, accompagnement des personnes souhaitant se réinsérer sur le marché du travail...). Elle se heurte néanmoins régulièrement à des écueils : les organismes de protection sociale (caisses de sécurité sociale ou Pôle emploi par exemple) sont en effet actuellement largement structurés pour répondre à un événement (rembourser une dépense, liquider une prestation...) et la gestion de parcours demeure une démarche nouvelle. Elle apparaît cependant désormais possible eu égard aux potentialités nouvelles offertes par les systèmes d'information : les *big data* et le *data mining* constituent des aides potentiellement très précieuses pour mieux accompagner les parcours des personnes protégées. Ce nouveau répertoire d'action demeure néanmoins à construire⁴⁵ pour des organismes qui sont des intervenants -souvent uniques et le plus souvent principaux- pour la personne prise en charge et qui ont développé des dispositifs d'information et d'accueil en *front office* largement identifiés, standardisés et disposent de systèmes d'information complets et robustes.

La généralisation d'une gestion et d'un suivi des « parcours » des personnes âgées et de leurs aidants constitue indéniablement un axe fort des évolutions à venir de la politique du grand âge ; mais rencontre aujourd'hui d'importantes difficultés. En effet, comme cela a été indiqué, le dispositif de pilotage et de gouvernance de la politique du grand âge ne repose pas encore, contrairement aux interventions des organismes de protection sociale, sur des modes industriels de prise en charge, permis par des guichets d'accueil et de prise en charge standardisés et la mise en place d'un système d'informations complet permettant, d'une part, la gestion courante des bénéficiaires dans toutes les dimensions des soutiens dont ils peuvent relever et, d'autre part, le partage des informations propres à chaque personne protégée par l'ensemble des intervenants compétents⁴⁶.

⁴⁵ A titre d'exemple, pour faciliter le suivi courant des parcours des demandeurs d'emploi, un « journal de bord » va être expérimenté dans deux régions : cet outil numérique permettra de suivre les démarches conduites par le demandeur d'emploi afin de l'accompagner de manière plus adaptée et proactive.

⁴⁶ On peut ainsi considérer que ce sont ces éléments qui conduisent certains analystes à proposer de proposer un accompagnement renforcé aux personnes les plus fragiles : c'est le sens de la démarche retenue par les MAIA ou dans le cadre de PAERPA qui a conduit par exemple le Conseil de l'âge à recommander la mise en place de « gestionnaires de cas ».

1.5 Le débat public sur la politique du grand âge et l'évaluation de la politique de prise en charge des personnes âgées demeurent largement perfectibles et paraissent, sur certains points embryonnaires

1.5.1 La politique demeure en construction, la « bataille culturelle » pour la reconnaissance du grand âge est plus que jamais d'actualité

Les prises de parole favorables à une prise en charge renforcée des personnes âgées dans la conception et la conduite des politiques publiques se sont multipliées au cours des dernières années⁴⁷. Toutefois, l'histoire de la protection sociale souligne que la reconnaissance d'un risque social nouveau nécessite un travail particulier de légitimation sociale et politique et d'identification des modalités adaptées et collectivement partagées pour socialiser ou couvrir ce risque nouveau. Force est de constater que la politique du grand âge demeure encore en construction voire, sur certains volets, en gestation. Le système de protection⁴⁸ demeure en cours d'élaboration, comme l'ont souligné la création de la prestation spécifique dépendance, le passage de la prestation spécifique dépendance à l'allocation personnalisée d'autonomie puis les ajustements apportés régulièrement à cette dernière. Les services et prises en charge offerts demeurent en construction comme cela a été indiqué ci-dessus et comme le soulignent les « plans » réguliers de création de places en établissement. Enfin, le système d'acteurs et les modes de prise en charge demeurent en cours de définition.

Si ces évolutions régulières sont largement compréhensibles, les dispositifs de protection se mettant en place sur plusieurs décennies, elles se heurtent néanmoins à des demandes sociales fortes et à la nécessité de prendre en charge une part croissante de la population, dans les meilleures conditions.

Les modalités de prise en charge du risque, sa socialisation, le panier de biens et services pris en charge et le système d'acteurs devant satisfaire les besoins demeurent en évolution, donc soumis au débat. La question est donc posée du degré de priorité donné à cette politique d'un type nouveau et répondant à des besoins croissants. Dans un contexte de fortes contraintes sur les finances publiques et de recherche renforcée d'efficacité de la dépense publique, cette question est loin d'être neutre. La dimension pluridimensionnelle de la politique de soutien demeure encore minorée : outre la nécessaire articulation des prises en charge médicale et sociale, les autres volets et, en particulier, celui relatif à l'adaptation du cadre de vie, demeurent insuffisamment pris en compte⁴⁹.

L'approche doit nécessairement être construite à partir des besoins des personnes et dans le respect de leur volonté. La politique récemment conduite en faveur du maintien à domicile va dans ce sens. Pour les coprésidents, cette approche doit être poursuivie. Cette approche centrée sur la personne doit permettre d'éclairer les débats en cours. Si elle amène nécessairement à apprécier les soutiens apportés en lien et en cohérence avec ceux offerts aux personnes souffrant de handicap, cette approche ne peut en aucun cas être exclusive. En effet, la politique de prise en charge du grand âge est notablement plus récente que celle de prise en charge du handicap.

⁴⁷ Voir par exemple, Luc Broussy, *L'adaptation de la société... op. cit.* ; Jérôme Guedj, *Plaidoyer pour les vieux*, Jean-Claude Gawsewitch, 2013 ; Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Presses de Sciences po, 2018.

⁴⁸ Voir Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ?*, *op. cit.* et Robert Lafore, *La Prestation spécifique dépendance et la construction de l'action publique*, in Claude Martin (dir), *La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe ?*, Presses universitaires de Rennes, 2003.

⁴⁹ Voir Marie Caroline Bonnet-Galzy et Matthieu Klein, rapport de l'atelier « cadre de vie et insertion sociale », *op. cit.*

L'affirmation d'une nouvelle politique de soutien nécessite donc de la distinguer nettement, afin de lui donner matérialité et cohérence. La volonté de traiter de manière globale l'autonomie peut en effet conduire avant tout à porter l'accent sur les besoins communs aux personnes handicapées et aux personnes âgées mais à ne pas traiter pleinement les besoins propres de nos aînés. Si la cohérence des actions doit naturellement être affirmée et le combat pour l'autonomie des personnes les plus fragiles nécessite d'être mené, le déploiement d'une politique du grand âge constitue un objectif spécifique qui doit être identifié et traité comme tel.

La vieillesse demeure un moment particulier de la vie marqué par des ruptures successives ; le handicap ne correspond ni aux mêmes profils ni aux mêmes temporalités. Chaque champ politique nécessite une réponse propre. Parce que la politique du grand âge demeure en construction, le risque de sa fragilisation est grand et intrinsèquement lié à une volonté de ne pas l'apprécier dans sa spécificité mais dans un cadre général de recherche d'autonomie de personnes fragiles. Au demeurant, hormis le cadre singulier de la CNSA et le fait que ces deux politiques relèvent des compétences d'une même direction d'administration centrale (direction générale de la cohésion sociale – DGCS), les autres instances de gouvernance sont, au niveau national, distinctes : à titre d'exemple, le conseil de l'âge et le conseil national consultatif des personnes handicapées constituent ainsi deux instances différentes.

1.5.2 Le débat public, notamment concernant la politique menée et son financement, demeure partiel et insuffisant

Les données chiffrées disponibles concernant la politique du grand âge demeurent parcellaires. Ainsi, le compte de la dépendance est produit par la Drees tous les 4 à 5 ans. Le champ du compte de la dépendance est particulièrement profond : il recouvre les dépenses des régimes de la sécurité sociale, de la CNSA, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires et des ménages. Il comprend donc des dépenses qui vont au-delà des données produites en routine pour les autres secteurs de protection sociale : le champ embrassé par les lois de financement de la sécurité sociale est notablement plus limité et le champ des comptes de la protection sociale, compte satellite de la comptabilité nationale et relevant du cadre européen (SESPROS) est également plus étroit⁵⁰. La production du « compte de la dépendance » constitue donc un exercice *ad hoc* qui conduit à mobiliser de nombreuses sources externes sans disposer de circuits de transmission de données formalisées (collectivités territoriales en particulier).

⁵⁰ Voir Drees, *La protection sociale en France et en Europe en 2016... op. cit.*

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

Tableau 1 : Champs respectifs du compte de la dépendance et des comptes de la protection sociale

Prestations	Financier	champ SESPROS		champ des comptes de la dépendance
Santé				
OGD Personnes Âgées	Assurance sociale	x	maladie	x
Soins de ville	assurance sociale + ménages	x	maladie	x
Unités de soins de longue durée (USLD)	assurance sociale	x	maladie	x
Perte d'autonomie				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	collectivités locales + assurance sociale	x	vieillesse	x
Ticket modérateur APA	Ménages		-	x
APA au-delà du plan d'aide	Ménages		-	x
Prestations de compensation du handicap (PCH et ACTP) des 60 ans et plus	Assurance sociale + Collectivités locales	x	invalidité	x
Action sociale (Collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	Assurance sociale + Collectivités locales	x	principalement vieillesse	x
Exonérations de cotisations patronales pour emploi à domicile	Assurance sociale	x	Pas dans les prestations SESPROS mais dans les recettes	x
Crédit d'impôt pour dépenses d'équipement de l'habitation principale (aide aux personnes de plus de 60 ans)	Etat	x	vieillesse	x
Crédit d'impôt au titre de l'emploi salarié à domicile (assistance aux personnes âgées)	Etat	x	vieillesse	x
Autres aides fiscales (demi-part) et diverses (actions d'animations)	Etat et assurance sociale		-	x
Taux réduits de TVA	Etat		-	x
Dépenses d'appareillages	ménages		-	x
Prestations des OC au titre des garanties dépendance	organismes complémentaires	x	vieillesse	x
Hébergement				
Aide sociale à l'hébergement	collectivités locales	x	vieillesse	x
Aides au logement (APL, ALS)	Etat	x	logement	x
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement	Etat		-	x
Autres aides aux établissements	Assurance sociale et Etat		-	x
Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert)	ménages		-	x

Source : Drees

De même, compte tenu de leur lourdeur, les exercices de projection sont élaborés de manière conjoncturelle et selon les besoins, sur la base des dernières données disponibles au sein du compte de la dépendance.

Au-delà de cette approche financière, la Drees diffuse régulièrement des analyses sur les politiques mises en œuvre dans le cadre de ses « Etudes et résultat »s ou « Dossiers de la Drees ». Elle établit enfin, chaque année, un bilan de l'aide et de l'action sociales en France, qui permet de disposer de données de base notamment sur le champ médico-social et en ce qui concerne les dépenses assumées par les départements⁵¹.

⁵¹ Voir Drees, *L'aide et l'action sociales en France* (année 2016), octobre 2018 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>).

Sur un autre plan, les rapports de juin et de septembre par la Commission des comptes de la sécurité sociale présentent l'ensemble des comptes de la CNSA et comprennent des développements spécifiques concernant les dépenses financées par l'assurance maladie au titre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, depuis 2006⁵², l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) figurant en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est décliné en sous objectifs dont l'un (dénommé « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ») correspond spécifiquement aux dépenses d'assurance maladie dévolues aux structures prenant en charge les soins des personnes âgées dépendantes. Les annexes des LFSS comprennent, outre les comptes de la CNSA, des développements spécifiques concernant les objectifs de la politique conduite et ses impacts : l'enrichissement du programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » a constitué un apport évident dans l'approche concrète de la politique du grand âge.

Pour autant, là encore, la politique du grand âge demeure dans un entre-deux qui conduit à souligner le caractère récent et en construction de la politique. En particulier, contrairement à une démarche de reconnaissance du risque, cette politique n'est ni pleinement abordée ni ajustée dans le cadre de l'examen, chaque année, des lois financières par le Parlement. Elle se distingue en cela nettement des autres secteurs de la protection sociale qui relèvent soit de la LFSS soit de la loi de finances.

A l'heure actuelle, la politique du grand âge ne donne ainsi pas lieu à un programme régulier de publications notamment de données financières permettant de l'apprécier dans toute sa diversité notamment s'agissant des différentes interventions publiques. Les interventions publiques au bénéfice de la politique du grand âge ne relèvent en outre d'aucun texte financier et ne sont pas soumises à un examen parlementaire annuel : seule la part des dépenses relevant du financement par la branche maladie de la sécurité sociale donne lieu à un examen dans le cadre des LFSS.

1.5.3 La démarche d'évaluation, tant générale que du dispositif de pilotage et de gouvernance en tant que tel, demeure faible voire inexistante

Outre les travaux mentionnés ci-dessus, des évaluations complémentaires sont conduites par la CNSA, d'une part, s'agissant de l'évaluation des dispositifs qu'elle pilote ou dans lesquels elle intervient et, d'autre part, s'agissant de travaux de recherche relevant directement du champ qu'elle soutient *via* des financements dédiés. L'ensemble demeure insuffisant pour apprécier les effets des actions conduites et identifier tant les contraintes rencontrées que les besoins effectifs des personnes fragiles⁵³.

Au final, l'évaluation paraît insuffisante tant en ce qui concerne les moyens mobilisés que leur efficience (seuls les travaux de la Drees et de la CNSA contribuent à cette démarche) que des objectifs poursuivis et de leur atteinte (cette dimension est à titre principal assurée pour partie dans le programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »). A ces insuffisances, il convient d'ajouter un manque qui apparaît patent : alors même que le dispositif de pilotage et de gouvernance est spécifique et considéré par tous les acteurs comme complexe, il ne donne lieu qu'à de rares travaux universitaires ou de recherche⁵⁴ et n'est abordé que de manière

⁵² Suite à l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

⁵³ Ainsi dans ses rapports, le Conseil de l'âge souligne fréquemment le besoin d'analyses et travaux complémentaires, par exemple en ce qui concerne l'analyse des écarts constatés entre départements (voir *supra*).

⁵⁴ Voir Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ?*, *op. cit.* et Robert Lafore, *La Prestation spécifique dépendance et la construction de l'action publique*, *op. cit.*

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

latérale par les instances dédiées (CNSA et conseil de l'âge). Ce point ne manque pas d'étonner car la question du pilotage et de la gouvernance apparaît centrale.

Au-delà, malgré les efforts de coordination, menés notamment par la Drees et la CNSA, les travaux de recherche portant sur le grand âge demeurent encore peu nombreux et un cloisonnement très important entre la recherche médicale et la recherche en sciences sociales est constaté. Dans ce contexte, le développement de travaux indépendants d'évaluation est des plus incertains.

* * *

Au final, les travaux de l'atelier et des coprésidents conduisent à souligner que la politique du grand âge est récente, demeure en construction et apparaît perfectible à de très nombreux égards. Les diagnostics posés collectivement par les membres de l'atelier appellent à de fortes évolutions.

Les coprésidents entendent souligner que, compte tenu de ses particularités et de ses modes successifs de construction, dans le respect des compétences dévolus à chaque acteur, la politique du grand âge demeure encore aujourd'hui insuffisamment construite autour de la personne soutenue et de ses proches. Le dispositif de pilotage et de gouvernance doit donc évoluer profondément pour mettre au second plan les jeux d'acteurs et les approches institutionnelles et affirmer la priorité absolue qui justifie la politique : la réponse aux besoins de nos aînés fragiles, pris dans leurs spécificités et accompagnés tout au long de leurs parcours.

Les travaux de l'atelier permettent ainsi de souligner qu'une évolution forte du pilotage et de la gouvernance sont souhaitables et attendus par l'ensemble des acteurs. Les membres de l'atelier ont ainsi, de manière régulière, souligné l'épuisement des acteurs par rapport au cadre actuel et appelé à des mesures radicales. Pour autant, les travaux de l'atelier n'ont pas permis de définir des scénarios d'évolution recueillant, sinon un soutien unanime, *a minima* un soutien majoritaire.

Comme indiqué précédemment, les coprésidents constatent que si les acteurs s'entendent sur le besoin d'évolutions, ils ne s'accordent pas sur les modalités souhaitables d'évolution. De plus, les coprésidents constatent que, si de nombreux scénarios abordés visent à confier des compétences nouvelles à un acteur principal (CNSA, départements, caisses de sécurité sociale, ARS), aucun d'entre eux ne précise les conditions et modalités dans lesquelles on opère le passage de la situation actuelle et la situation cible.

Dans ce contexte, les travaux de l'atelier ont permis néanmoins d'identifier des pistes fortes d'évolution qui sont largement partagées par les membres de l'atelier et d'analyser successivement les différents scénarios proposés.

2 DES PRINCIPES ELEMENTAIRES D'ACTION A POSER, DES EVOLUTIONS CONSENSUELLES A CONDUIRE

Le diagnostic posé par l'atelier souligne la nécessité de faire évoluer les modes de conduite de la politique de soutien à nos aînés et à leurs proches. Le système actuel est par trop complexe et peu lisible. Son effectivité repose avant tout sur des dynamiques partenariales locales qui peuvent se heurter aux positions des différents acteurs. Avant d'apprécier les évolutions structurelles susceptibles d'être apportées en matière de pilotage et de gouvernance, les travaux de l'atelier ont permis de définir des principes élémentaires devant inspirer les transformations à venir. De plus, sans préjudice d'évolutions structurelles conduisant à repositionner les acteurs sur tel ou tel champ et à redéfinir les compétences de chacun, les travaux ont permis d'identifier des actions prioritaires, largement partagées par les membres de l'atelier, qui doivent être lancées et conduites au cours des mois à venir. Ces principes et actions prioritaires ont vocation à (sur)déterminer les évolutions futures de la gouvernance et du pilotage.

2.1 La politique du grand âge demeure à construire et à penser dans le respect de principes élémentaires d'action

2.1.1 Ecarter le choix de l'arrangement institutionnel constant et construire un système de pilotage et de gouvernance centré sur la prise en charge de l'usager

Compte tenu de l'élaboration progressive de la politique, de son caractère hybride (aide et action sociales / sécurité sociale, territoriale / territorialisée) et de l'approche pragmatique conduisant à mobiliser les structures existantes, la politique du grand âge emprunte des voies variées qui reposent à la fois sur une impulsion nationale (rôle de la CNSA et de la DGCS) et sur une appropriation locale (mobilisation plus ou moins forte des acteurs locaux). Ce schéma conduit ainsi, de manière régulière, à opérer des « arrangements institutionnels », aux niveaux national (interrogation sur la nécessité de définir un cadre plus ou moins opposable aux acteurs de terrain) et local (mobilisation effective de l'écosystème local), qui ne produisent pas nécessairement l'ensemble des effets escomptés. De plus, la mise en place de cadres institutionnels ou d'action dont les acteurs de terrain doivent se saisir conduit *de facto* à des déclinaisons territoriales variées tant dans leur nature que dans leur intensité. Cette variété, si elle est indispensable à la territorialisation des interventions, peut conduire à des différences fortes, sources d'inégalités de traitement et de prise en charge des usagers. Elle rend en outre extrêmement difficile l'évaluation de la matérialité des actions conduites : l'analyse doit ainsi tenir compte de la très forte multiplicité de configurations territoriales⁵⁵.

Le déploiement de la politique a en outre largement reposé, depuis 2008, sur une intervention *via* une caisse, la CNSA, qui joue un rôle fédérateur, une fonction de financeur et une mission de facilitation des actions impulsées au niveau national (comitologie, méthodes de travail, systèmes d'informations, recueil de données...) ou des structures nouvelles mises en œuvre (CDCA et conférences des financeurs par exemple). La CNSA a permis en outre d'identifier clairement la politique d'autonomie et, compte tenu de sa gouvernance singulière, de lui donner une légitimité et de constituer un espace de débat entre les représentants des parties prenantes. La montée en

⁵⁵ C'est le sens des réflexions du Conseil de l'âge qui souligne le besoin d'évaluation dans de nombreux champs afin de disposer d'éléments effectivement objectifs (domaines de l'évaluation des besoins ou analyse des déterminants des écarts de prise en charge constatés au niveau national entre les départements par exemple).

puissance de la CNSA a enfin permis d'affirmer le lien entre les politiques de prise en charge du handicap et de la dépendance des personnes âgées. Pour autant, si le rôle de la caisse ne peut être remis en cause, il ne paraît pas produire l'ensemble des effets escomptés. La capacité de la CNSA à imposer une solution ou un mode d'organisation sur l'ensemble du territoire est limitée.

Le pilotage et la gouvernance de la politique a ainsi largement évolué depuis la création de la CNSA : la DGCS, en charge de la définition et du pilotage des politiques de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes a ainsi pu se reposer pour partie sur cette caisse, dont elle assure la tutelle. La dissociation des fonctions d'aide à la mise en œuvre opérationnelle et de définition des politiques a conduit néanmoins à constituer deux pôles dont les actions doivent être strictement articulées. Cela renvoie au mode d'exercice de la tutelle et à la division des tâches entre l'opérateur national et l'administration centrale.

Au-delà, le dispositif de gouvernance et de pilotage présente deux limites : d'une part, le traitement par les mêmes organisations des politiques du handicap et du grand âge ; d'autre part, le choix d'une approche sanitaire et sociale, la politique relevant quasi exclusivement de la seule intervention des ministères chargés des affaires sociales. Si le traitement conjoint des politiques du grand âge et du handicap présente une cohérence certaine, les coprésidents soulignent que les modes de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées relèvent aussi d'histoires et de logiques d'action différentes⁵⁶. La prise en charge du handicap a été intégrée depuis longtemps dans les interventions de la protection sociale. *A contrario*, la politique du grand âge demeure récente et en cours de construction. La préoccupation de rapprocher trop systématiquement les deux politiques peut conduire à minorer les besoins propres au grand âge et à ne pas prendre en compte le fait que la politique demeure en gestation et que le système institutionnel mobilisé est également en cours de déploiement. Aux histoires distinctes de la prise en charge des deux risques (handicap et dépendance) correspondent des modes d'organisations et de représentation des deux publics très différentes, les acteurs du secteur du handicap étant représentés de manière très structurée et disposant d'institutions dédiées. S'agissant de la préférence pour une politique du grand âge orientée par les prises en charge sanitaire et sociale, elle a aussi une grande cohérence. Mais la politique du grand âge appelle aussi nécessairement une mobilisation plus large, par nature interministérielle, afin de proposer des réponses globales aux besoins de nos aînés tenant compte des enjeux de mobilités, d'aménagement du territoire, d'urbanisme, de logement notamment. C'est à cette aune que les propositions tendant à « désincarcérer » la politique du grand âge des seuls ministères sociaux doivent être appréciées⁵⁷.

Pour les coprésidents et les membres de l'atelier, une méthode permettrait de dépasser les différentes limites évoquées ci-dessus et d'améliorer tant le dispositif de pilotage et de gouvernance que les actions menées : elle consiste à mettre systématiquement l'utilisateur au centre de préoccupations, à apprécier les difficultés qu'il rencontre, à identifier au mieux les besoins. Le dispositif de pilotage et de gouvernance ne constitue qu'un moyen ou un outil. S'il doit prendre en compte les contraintes et besoins des acteurs décisionnaires ou opérationnels, il ne peut évoluer uniquement en prenant en compte uniquement ces dimensions et compte tenu des rapports de force constatés aux niveaux national et local. Remettre l'utilisateur au centre permet donc de remettre les priorités à l'endroit. Ce principe devrait constituer un fil rouge de l'action publique au cours des prochaines années.

Proposition n°1 : Mettre l'utilisateur au centre des préoccupations et adapter le système de pilotage et de gouvernance pour répondre à ses besoins.

⁵⁶ Cette approche est au demeurant particulièrement mise en avant par les analyses sociohistoriques ou sociopolitiques récentes, voir Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ?*, *op. cit.*

⁵⁷ Voir Marie Caroline Bonnet-Galzy et Matthieu Klein, rapport de l'atelier « cadre de vie et insertion sociale », *op. cit.*

2.1.2 Définir les champs par nature territoriaux de la politique et ceux relevant d'une approche nationale, appelant nécessairement une territorialisation

Par construction, la politique du grand âge doit être territorialisée. Par exemple, la priorité désormais donnée au maintien au domicile conduit *de facto* à adapter fortement les interventions et logiques d'action aux spécificités de chaque territoire. Cet impératif de territorialisation se pose d'ailleurs tant s'agissant des liens entre le niveau central et les départements qu'à l'intérieur même des départements.

Pour autant, la logique de territorialisation doit être strictement définie puisqu'il s'agit ici d'adapter les modalités de mise en œuvre et d'implémentation dans les territoires d'une politique définie au niveau national. Il convient donc de définir dans ce cadre des « standards » ou des « socles » devant impérativement être respectés par les territoires ce qui permet de définir strictement les espaces de liberté laissés.

La mise en œuvre de la politique du grand âge justifie de réaffirmer les modalités de territorialisation (standards nationaux et dimensions laissées à la seule appréciation des acteurs locaux). Elle nécessite aussi de définir dans quelle mesure cette politique est territoriale. Ce second volet revient à définir les dimensions devant être déterminées, financées et mises en œuvre exclusivement par les acteurs locaux et pour lesquelles aucune intervention nationale n'est souhaitable voire possible.

La redéfinition -ou la clarification, pour l'existant- et la définition -au fil de l'eau, pour les nouvelles actions- des modalités précises d'adaptation aux réalités territoriales des interventions et politiques conduites apparaît donc indispensable.

Au demeurant, la question de l'adaptation territoriale se pose tant à l'échelle nationale qu'à celle du département : la prise en charge effective des problématiques liées au cadre de vie ou la mise en œuvre de démarches effectives de prévention nécessitent de fortement impliquer et mobiliser les collectivités infra-départementales (communes et intercommunalités ainsi que les métropoles⁵⁸). Pour produire les effets attendus, la politique du grand âge doit être ancrée dans les réalités de territoire, il convient donc de poser les principes de mise en place de cet ancrage territorial sur une échelle plus fine de bassin de vie.

Proposition n°2 : (Re)définir les modes de déploiement de la politique du grand âge dans les territoires et associer l'ensemble des acteurs locaux aux interventions (communes et intercommunalités et, le cas échéant, métropoles).

2.1.3 Préserver la distinction entre prestation nationale et interventions complémentaires et assurer un pilotage actif et adapté de l'offre

Les travaux de l'atelier conduisent à la nécessité de définir des socles et standards nationaux de prestations et de services devant être impérativement proposés dans l'ensemble des territoires. Le système de soutien serait ainsi constitué, d'une part, de dispositifs nationaux assortis de grilles tarifaires nationales qui constitueraient le « socle de prise en charge »⁵⁹, offert à l'ensemble des

⁵⁸ En effet, le rôle des métropoles doit être également considéré, celles-ci pouvant désormais assurer les missions dévolues au département, voir loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles.

⁵⁹ Le principe de socle ne s'oppose cependant pas à ce que les tarifs ou prises en charge puissent varier selon les territoires ou selon le type de services offerts ou les structures les assumant. Les travaux du groupe ont conduit

personnes âgées fragiles, dont le versement serait garanti par un mode de financement adapté et, d'autre part, d'interventions complémentaires définies, conduites et financées par les collectivités et les organismes de sécurité sociale. Cette approche conduirait ainsi à distinguer, d'une part, des prestations légales nationales au titre de la prise en charge en établissement ou à domicile qui relèveraient d'une conception proche de celle applicable aux prestations de sécurité sociale et, d'autre part, des prestations légales ou extra légales définies par les collectivités et les caisses de sécurité sociale. La distinction de ces deux niveaux d'intervention serait de nature à renforcer la lisibilité des politiques conduites et de clarifier les responsabilités incombant à chaque acteur⁶⁰.

Au-delà, compte tenu des besoins croissants de nos aînés, cette clarification doit nécessairement être accompagnée d'un pilotage actif de l'offre (en établissements et à domicile) conduit tant au niveau national que régional, départemental et *infra* départemental. Ce pilotage de l'offre doit ainsi être assuré au regard des besoins effectifs des populations et ne pas être régi uniquement par la recherche d'autres équilibres (reconduction historique de moyens, difficultés à faire évoluer l'offre en particulier). Ce pilotage actif de l'offre est en outre le seul de nature à permettre le rééquilibrage nécessaire entre, d'un côté, les territoires sur et sous dotés et, de l'autre, les territoires fragiles et ceux présentant une situation financière favorable : seul le pilotage actif de l'offre est de nature à permettre d'opérer les péréquations nécessaires. Ce pilotage rénové de l'offre reposerait ainsi sur des rééquilibrages interdépartementaux voire interrégionaux, la mise en cohérence des ressources allouées à un territoire aux besoins et à la capacité contributive de sa population et, enfin, le pilotage volontariste de la nature et de la qualité de l'offre (établissement et services, voir *infra*).

Proposition n°3 : Distinguer deux niveaux d'intervention soit un niveau « socle » et un niveau « complémentaire » relevant de logiques distinctes de définition, de mise en œuvre et de financement ; mettre en œuvre un pilotage actif de l'offre garantissant les rééquilibrages et péréquations nécessaires.

2.1.4 Définir et vérifier l'atteinte de standards de prise en charge, tant dans une approche quantitative que qualitative, permettant d'apprécier les performances nationales et territoriales

L'évaluation de la politique du grand âge doit être renforcée et développée. Actuellement, l'insuffisance des analyses conduites prive le régulateur de connaissances précieuses (variation dans l'évaluation des besoins, déterminants des différences territoriales notamment). Pour permettre ces évaluations, les travaux de l'atelier soulignent l'opportunité de définir des standards nationaux de prise en charge de la personne tant s'agissant de l'accueil, de l'information, du suivi du dossier et de l'accompagnement du parcours que des prestations et des services offerts. Une approche quantitative, construite autour d'indicateurs standardisés et arrêtés au niveau national, doit nécessairement être combinée avec une approche plus qualitative, prenant en compte les appréciations non seulement des professionnels mais aussi et surtout celles des personnes aidées et de leurs proches. Le dispositif d'évaluation doit permettre d'apprécier et de quantifier les performances tant au niveau national que territorial, sur les deux volets d'intervention (socle et à l'initiative des territoires). Il permettrait ainsi de déterminer les performances de chaque territoire afin de stimuler une démarche d'émulation constructive⁶¹. Le déploiement de ce dispositif rénové

néanmoins *a minima* à souligner la nécessité de déterminer des « tunnels » permettant, dans un premier temps, une convergence progressive des tarifs ou prise en charge avant, dans un second temps, d'arrêter les modulations cibles.

⁶⁰ Ces propositions sont ainsi complémentaires de celles formulées dans le cadre de l'atelier 2 « Panier de biens et services et reste à charge » coprésidé par Laurence Assous et Jean-Philippe Viquant.

⁶¹ Par construction, la mise en œuvre de ce dispositif complet d'évaluation doit être rapproché de la mise en œuvre d'un système d'information de nature à les faciliter (voir *infra*).

d'évaluation ne peut être que progressif. Il pourrait être assuré progressivement pour l'existant et être systématiquement développé pour les nouvelles actions. Ce développement de l'évaluation doit constituer une orientation forte de l'action publique au cours des mois et années à venir. Pour les coprésidents, le déploiement d'un dispositif complet d'évaluation constitue une condition de la pérennité et de la légitimité des actions conduites. Leur approfondissement n'est envisageable que dès lors que le bon usage des fonds publics est vérifié régulièrement et que les meilleures pratiques, identifiées *via* l'évaluation, sont largement diffusées.

Proposition n°4 : Développer une démarche complète d'évaluation et comparer les performances territoriales sur la base de standards et d'indicateurs arrêtés au niveau national.

2.1.5 Mettre en place, progressivement mais avec régularité et constance, un pilotage actif de, par et pour la qualité

L'évaluation de la qualité constitue un élément central pour permettre, de manière globale et au niveau de chaque structure, d'identifier les forces et faiblesses des prises en charge et conduire les actions correctrices ou d'approfondissement nécessaires. Lancée en 2002 pour les seuls EHPAD à travers la rénovation du cadre de l'évaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux, la démarche qualité applicable aux structures du grand âge doit être approfondie et parachevée, dans la continuité des conclusions d'analyses récentes⁶². La reprise de cette mission par la Haute Autorité de santé constitue une opportunité pour relancer et améliorer les démarches en cours : élaboration du référentiel national d'évaluation, renforcement de la sélection des évaluateurs, réduction des cycles d'évaluation, diffusion et publicité des évaluations, gestion des événements indésirables graves, prise en compte de la parole des bénéficiaires⁶³...

Le déploiement de la démarche qualité constitue un objectif de premier rang qui doit compléter le renforcement proposé du dispositif d'évaluation. A terme, la cible doit permettre de soumettre à ce pilotage de, par et pour la qualité, l'ensemble des structures sociales et sanitaires intervenant auprès des personnes âgées fragiles.

Proposition n°5 : Généraliser les démarches d'amélioration de la qualité du service rendu à la personne à travers une refonte du cadre d'évaluation des établissements et services, sous l'égide de la HAS, et une publication des résultats des évaluations conduites.

2.2 Des changements sont possibles et nécessaires dans le cadre de la future réforme⁶⁴

Si les scénarios cibles de gouvernance évoqués *infra* (partie 3) ne recueillent pas un accord, sinon unanime, du moins large, les travaux ont permis d'identifier des pistes d'action qui recueillent

⁶² Voir Annie Vidal, *Rapport d'information n°1214 sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, juillet 2018 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1214.asp>) et Catherine Hesse et Thierry Leconte, *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rapport IGAS (2016-113R), juin 2017 (http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2016-113R.pdf).

⁶³ Pour une approche détaillée, voir les travaux conduits par l'atelier le 5 décembre 2018 qui sont détaillés dans le rapport.

⁶⁴ Les propositions avancées ci-après ont été formulées dans le cadre de l'atelier sans préjudice des travaux conduits par les différents ateliers thématiques ou métiers à ce sujet. Au demeurant, les évolutions proposées par les différents ateliers apparaissent très largement convergentes pour la plupart des points évoqués ci-après.

l'approbation d'une grande partie des membres de l'atelier. Dans le cadre des décisions publiques à venir, il semble donc nécessaire de conduire les évolutions décrites ci-après.

2.2.1 Un accès effectif aux droits, garanti par un accompagnement efficace et homogène des personnes protégées et de leurs aidants

La période à venir doit permettre à chacun d'accéder effectivement aux droits et passer ainsi, pour l'ensemble des personnes devant être soutenues, de droits formels à des droits réels. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de bénéficiaires de l'APA est passé de près de 600 000 en 2002 à près de 1,3 million en 2017⁶⁵. Pour autant, pour l'ensemble des acteurs, la question de l'accès aux droits demeure centrale.

En effet, tant l'APA que les autres services et soutiens offerts aux personnes âgées ne relèvent pas, contrairement aux autres prestations sociales, de guichets identifiés et standardisés d'information et de prise en charge. La question du non recours comme la difficulté d'accès aux informations de base permettant de faire valoir effectivement et rapidement ses droits est donc essentielle. La mosaïque institutionnelle actuelle ne permet pas de proposer des dispositifs standardisés et identifiés d'information et de prise en charge de nos aînés et de leurs aidants. L'accès est d'autant plus difficile que les droits proposés présentent deux caractéristiques intrinsèques : ils sont accessibles sous condition d'âge et de fragilité et ne sont donc pas des droits « certains » (contrairement aux pensions de retraite ou à la couverture maladie dont bénéficient également les personnes âgées) ; ils sont à demander à des moments particuliers de rupture ou d'exposition prononcée au risque.

L'information générale a certes progressé, notamment suite au déploiement du portail internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Mais cette action d'information demeure partielle et insuffisante : l'offre d'informations standardisées uniquement sur internet ne constitue qu'un premier niveau⁶⁶. Une nouvelle étape doit être franchie. Un cadre national doit être défini reposant sur les principes suivants :

- Le déploiement d'un *front office* rénové nécessite d'en penser le périmètre. Il n'apparaît pas utile de distinguer des modes d'accès dédiés aux personnes âgées et à leurs familles ; l'organisation mise en œuvre concernerait ainsi tant les personnes âgées que les proches aidants ;
- Le *front office* dématérialisé relèverait uniquement d'une action nationale. Outre le portail existant, un *front office* téléphonique national de premier niveau serait mis en œuvre. Le service de premier niveau fonctionnerait en réseau avec le second niveau (possibilité de basculer les appels du premier au second niveau) ;

⁶⁵ Voir <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

⁶⁶ Au demeurant, cette information demeure souvent assurée en silo par rapport aux informations dispensées par ailleurs. Par exemple, le portail <https://www.mesdroitssociaux.gouv.fr/> qui a vocation à assurer pour chacun, de manière personnalisée, l'information sur ses droits à protection sociale, ne comporte pas ou peu de développements concernant l'APA.

Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »

- La réponse de premier niveau par internet / mail et par téléphone relèverait de la responsabilité exclusive de l'échelon national. La présentation des prestations nationales, des modes d'ouvertures des droits, des modes de liquidation des prestations, des services offerts sur l'ensemble du territoire, etc., c'est-à-dire, de l'ensemble du dispositif applicable sur l'ensemble du territoire, donnerait lieu à des supports standardisés (dépliants, pages internet, scripts de questions-réponses...) relevant de la seule initiative nationale. Les acteurs locaux ne devraient plus intervenir sur ces aspects autrement qu'en reprenant les supports et messages nationaux et, notamment, en renvoyant aux dispositifs dématérialisés nationaux ;
- Le déploiement d'un accueil physique standard (un « guichet unique ») dans l'ensemble du territoire au bénéfice des personnes âgées et de leurs proches aidants. Les critères généraux déterminant le maillage de cet accueil physique seraient définis au niveau national. Cet accueil physique serait chargé de la réponse de premier (dans le respect des informations et messages nationaux, voir *supra*) et de second niveaux ; il serait en outre chargé de l'orientation territoriale des usagers et de leurs proches ; il assurerait dans ce cadre l'information concernant les droits propres au territoire considéré. Il constituerait le point d'entrée de l'accompagnement des personnes et de la gestion de leurs parcours. Les membres de l'atelier considèrent qu'il n'est pas, compte tenu des situations constatées actuellement dans les territoires, possible de charger un acteur unique de cette mission ; par conséquent, il reviendrait aux acteurs de chaque territoire de se concerter et de mettre en commun les moyens pour prendre en charge cette mission et de définir, dans le respect des standards posés au niveau national, le projet de territoire correspondant. Toutefois, la visibilité de cette offre nouvelle revêt un caractère primordial, cet accueil et accompagnement seraient donc standardisés par un travail de « marque » et la définition d'un cahier des charges national dont le respect serait évalué à une fréquence suffisante. Ces guichets uniques auraient le même nom sur l'ensemble du territoire et seraient clairement identifiables (logo et supports identiques à ceux utilisés par le *front office* dématérialisé national) ;
- En parallèle, dans une optique de gestion continue des parcours, les personnes âgées les plus fragiles et leurs proches aidants se verraient désigner au niveau local un « référent » identifié. Le « référent de parcours » mis en place pour l'insertion sociale et professionnelle ou le « gestionnaire de cas » mis en place au Japon pourraient constituer une source d'inspiration à ce titre. L'intensité de l'accompagnement pourrait varier selon le degré de fragilité de la personne âgée mais, dans tous les cas, les personnes protégées et leurs familles devraient pouvoir disposer d'un contact identifié à même de répondre à leurs questions et leurs besoins ;
- La mise en place de ce dispositif nécessite la définition d'infrastructures techniques sinon communes au moins partagées ou interopérables (réponse téléphonique de premier et second niveau, bascule des questions posées par mail, mise en place de logiciels partagés de suivi de la relation avec les usagers en particulier). Cette démarche constituerait ainsi une première étape dans la convergence technique devant être conduite (voir *infra*) ;
- Afin de garantir l'efficacité du système, un dispositif complet d'évaluation serait mis en place simultanément au déploiement de ce *front office* national et territorial rénové. Outre le suivi de données quantitatives classiques (nombre de sollicitations, temps et délais de réponse) permettant de vérifier le respect des engagements formalisés au niveau national, une approche qualitative compléterait le dispositif (sondages, enquêtes de satisfaction et enquêtes mystère⁶⁷). Les évaluations seraient menées à périodicité régulière et, *a minima*, une fois par an, seraient rendues publiques et débattues dans les instances nationales et territoriales compétentes.

⁶⁷ Soit le recours à des usagers fictifs permettant d'apprécier les modalités effectives de prise en charge et les éventuels écarts de performance selon les points de prise en charge.

Ce changement est particulièrement ambitieux et reconnu comme tel par les membres de l'atelier. Il est cependant avancé dans le respect de l'existant et des compétences dévolues aux niveaux national et local. Sa réalisation nécessiterait une très forte mobilisation nationale et locale et la mobilisation de moyens nouveaux (profils d'agents experts de la relation usagers) et dédiés. Il constituerait un changement de cadre afin de garantir que les personnes âgées bénéficient de modes de prise en charge proches pour les droits qui leur sont propres que ceux dont ils bénéficient en tant qu'assurés sociaux couverts au titre d'autres risques (vieillesse et maladie en particulier). Déployer une gouvernance adaptée de l'accueil et de l'accompagnement constitue une dimension essentielle de la politique du grand âge et de l'autonomie.

Proposition n°6 : Mettre en œuvre un accueil et un accompagnement à la hauteur des besoins, destiné à prendre en charge les personnes âgées et leurs proches, reposant sur un échelon national et local, relevant de standards de qualité et de prise en charge défini au niveau national et procéder à l'évaluation régulière et publique de son efficacité.

2.2.2 Un besoin renforcé de coordination des acteurs opérationnels du territoire

La démarche conduite dans le cadre des MAIA et PAERPA souligne la nécessité de fortement coordonner, dans chaque territoire, les intervenants relevant du champ social (« *care* ») et ceux relevant du champ sanitaire (« *cure* »). En effet, la prise en charge du grand âge souffre d'interventions parfois cloisonnées et conduites en silos. Le décroisement de ces interventions est nécessaire. Elle justifie, dans la continuité de la mise en place du *front office* clarifié, de coordonner les interventions des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux. Les modes d'échanges entre professionnels et de partage de bonnes pratiques justifient une intervention nationale et la mise en place d'instances et d'organisations *ad hoc*, en veillant à ne pas multiplier ces instances. Elles appellent aussi à la mise en place de standards nationaux d'échanges d'information, justifiant des investissements techniques devant être impulsés au niveau national. Au-delà, cette démarche coopérative devrait associer, outre les professionnels susmentionnés, l'ensemble des parties prenantes (notamment les communes et intercommunalités, voire les métropoles). Un schéma national devrait donc être défini permettant à la coopération entre professionnels de se mettre en œuvre de manière structurelle et quotidienne dans les territoires⁶⁸.

Proposition n°7 : Au bénéfice de l'existant, généraliser des démarches et instances de coopération entre professionnels sur la base d'un schéma national déployé dans chaque territoire et associant tant les professionnels du social et du sanitaire que les autres acteurs (communes, intercommunalités et métropoles notamment).

2.2.3 Vers un droit objectif des personnes, une prestation encadrée au niveau national, financée et plus facile d'accès

Les écarts de prise en charge selon les territoires sont connus. Ils s'expliquent par les effets combinés des choix locaux et des contraintes de financement. Sans préjudice des travaux conduits par les autres ateliers⁶⁹, l'atelier a estimé nécessaire d'affirmer plusieurs paramètres qui ne sont

⁶⁸ Sur ce point, l'atelier renvoie également aux travaux de l'atelier 4 « Parcours des personnes âgées » coprésidé par Dominique Libault et Geneviève Mannarino, ainsi qu'aux travaux de l'atelier 10 « L'hôpital et la personne âgée » coprésidé par Sylvie Escalon et Philippe Vigouroux.

⁶⁹ Voir notamment, la synthèse des travaux de l'atelier 3 « Nouveaux financements », co-présidé par Mathilde Lignot-Leloup et Jean-Luc Tavernier et la synthèse des travaux de l'atelier 2 « Panier de biens et services et reste à charge », co-présidé par Laurence Assous et Jean-Philippe Vinquant.

pas sans conséquence sur la dimension territoriale ou territorialisée de la politique conduite. Le système cible de prestation serait ainsi constitué :

- D'une prestation nationale, tant pour la prise en charge à domicile qu'en établissement, dont le financement serait garanti au bénéfice d'un échange renouvelé au niveau national et prenant en compte les spécificités des structures de coûts liés aux territoires ou aux entités de prise en charge (secteurs public, privé non lucratif et privé) ;
- Le cas échéant, d'une prestation territoriale qui viserait à couvrir des besoins propres à chaque territoire ou qui compléterait la prestation nationale. Cette prestation serait financée par les collectivités à partir de leurs ressources. La mise en œuvre de cette prestation relèverait de la seule responsabilité des collectivités territoriales, dans une logique d'aide sociale extralégale ;
- La mise en place du dispositif rénové justifierait un réexamen des modalités actuelles de financement des prestations et services, prenant en compte notamment les potentiels différents et caractéristiques propres (démographiques et socioéconomiques) des territoires et les besoins évidents de péréquation au bénéfice des territoires les plus fragiles⁷⁰. Elle serait en outre l'occasion de revoir les modes de financement des structures et des services et notamment le cloisonnement actuel entre les différentes sections des budgets des établissements⁷¹ ;
- Le passage du système actuel au système cible serait assuré progressivement, afin d'en garantir la soutenabilité financière. La convergence des tarifs et des prises en charge serait assurée sur plusieurs années (mise en place de « tunnels » dont les bornes hautes et basses seraient progressivement resserrées) ;
- L'information des bénéficiaires sur les parts prises en charge au titre de la prestation nationale ou territoriale serait assurée soit sur une base annuelle soit au fil de la prise en charge (facturation détaillée).

Ainsi, le système cible conduirait à opérer une clarification forte entre les prises en charge de base assurées au titre du socle national et celles assurées de manière supplémentaire ou complémentaire par la collectivité. Les textes arrêtés au niveau national conduiraient ainsi à contraindre les acteurs au titre des prises en charge de base (sur le modèle par exemple, des dispositions applicables au revenu de solidarité active) et à leur laisser une marge de liberté, dont l'ampleur serait à définir, sur les protections territoriales complémentaires pouvant être déployées.

Proposition n°8 : Revoir les soutiens en les articulant entre, d'une part, une prestation nationale de base relevant de tarifs et de prises en charge encadrés nationalement dans le respect de certaines spécificités et, d'autre part, une prestation territoriale éventuelle. En conséquence, revoir les modalités actuelles de financement et réexaminer les besoins de péréquation. Basculer progressivement vers le système cible. Assurer l'information des bénéficiaires sur les différentes prises en charge dont ils bénéficient et sur la part prise par les différents financeurs dans le financement de leurs prestations.

Au-delà, les travaux de l'atelier soulignent la nécessité de revoir le système actuel d'évaluation des besoins. Si les options de fusion des équipes d'évaluation ou d'unification de la compétence d'évaluation au niveau d'un seul acteur ne constituent pas à ce stade un point d'accord, plusieurs idées forces ont été formulées par la majorité des membres de l'atelier :

⁷⁰ En effet, l'analyse du « reste à charge » des départements soit la comparaison entre l'évolution des dépenses de prestation d'APA et des recettes transférées pour couvrir ces dépenses souligne de très fortes disparités selon les territoires, certains étant excédentaires et d'autres étant notablement déficitaires.

⁷¹ Voir la synthèse des travaux de l'atelier 2 « Panier de biens et services et reste à charge », co-présidé par Laurence Assous et Jean-Philippe Vinquant.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

- Suite aux premiers mouvements de coordination entre les acteurs (organismes de sécurité sociale et conseils départementaux), l'opposabilité des évaluations entre ces acteurs doit être pleinement reconnue, *a minima* pour une durée fixée à l'avance. Le principe d'une opposabilité des évaluations entre acteurs pour une durée d'un an paraît ainsi constituer une piste intéressante ;
- Les différences constatées entre territoire dans les modalités d'évaluation et leurs suites doivent être objectivées. Des enquêtes régulières devraient être conduites régulièrement pour identifier les bonnes pratiques et résorber les écarts éventuels ;
- La pertinence du mode actuel d'évaluation (et notamment de la grille AGGIR) doit être réexaminée afin, le cas échéant, de le faire évoluer ou de le changer. Quelle que soit l'option retenue, un effort renouvelé et standardisé de formation des équipes doit être conduit afin de garantir la convergence des pratiques ;
- L'évaluation doit pouvoir être diligentée et, le cas échéant, revue. Dans ce cadre, les co-présidents soulignent que le médecin traitant, dans le cadre des consultations qu'il prend en charge, doit être expressément chargé d'apprécier la situation de la personne et se voir reconnaître la possibilité de demander la conduite d'une évaluation ou celle d'une nouvelle évaluation au regard du diagnostic qu'il porte sur la situation de la personne. Pour être effective, cette mission devrait être intégrée dans la convention nationale entre l'assurance-maladie et les médecins (contenu de la consultation complexe et intégration de ce volet dans les modalités de rémunération existantes des praticiens).

Proposition n°9 : Réexaminer les modalités actuelles d'évaluation des besoins, assurer leur caractère opposable, évaluer régulièrement les différences d'approches et de pratiques, envisager des évolutions du référentiel, faire converger les pratiques par l'évaluation et la formation des évaluateurs, affirmer le rôle du médecin traitant dans le cadre des consultations complexes qu'il assure au bénéfice des personnes âgées (possibilité de demander une évaluation ou une réévaluation des besoins).

2.2.4 Un pilotage indispensable des ressources humaines et des systèmes d'information, appelant une intervention nationale forte⁷²

Les travaux de l'atelier ont permis d'identifier deux secteurs nécessitant un investissement national important et un pilotage fort à ce titre.

S'agissant des ressources humaines, les conditions de travail et d'emploi des personnes intervenant auprès des personnes âgées, les importantes difficultés de recrutement rencontrées dans le secteur et les problématiques générales d'attractivité des emplois et d'adaptation de la formation des professionnels constituent des enjeux de première importance. Surmonter les difficultés rencontrées actuellement nécessite une action nationale, compte tenu des diversités des situations d'emploi d'agents relevant de statuts différents (agents publics, salariés, travailleurs indépendants) et de la nécessité de conduire un dialogue social avec les représentants des différentes catégories d'employeurs et les représentants des personnes assurant l'accompagnement quotidien de nos aînés. Cela suppose également de construire de nouveaux modes de coopération territoriale entre acteurs sanitaires et médico-sociaux (échange et diffusion de bonnes pratiques, mise en commun de ressources et formations communes, GPEC territoriale) et avec les acteurs de l'éducation nationale,

⁷² Sur ces deux volets, voir les travaux de l'atelier 6 « Métiers » coprésidé par Alice Casagrande et Mathias Albertone et ceux du groupe de travail « Données de gestion et interopérabilité des systèmes d'information » coprésidé par Patrick Aubert et Macaire Lawin.

de l'emploi et de la formation professionnelle (enseignement secondaire, apprentissage, Pôle emploi, etc.).

S'agissant des systèmes d'information, à l'instar de ceux développés par les organismes de protection sociale, ceux-ci doivent répondre à deux besoins. Ils doivent permettre la gestion des prestations et des parcours des personnes protégées. Ils doivent également assurer la consolidation nécessaire, notamment statistique, des informations de nature à permettre le pilotage de la politique. De plus, la mosaïque institutionnelle propre à la politique du grand âge justifie non seulement un effort important de rapprochement -sinon de standardisation- des pratiques, mais aussi de répondre à des besoins essentiels d'échanges de données et de partages d'informations entre acteurs institutionnels et professionnels. Un système d'information socle et partagé par l'ensemble des acteurs doit donc être défini.

Actuellement, nombre de débats sur le pilotage et la gouvernance de la politique du grand âge semblent relativement circulaires : certaines actions ne pourraient être menées sans système d'information et, symétriquement, l'impossibilité de mettre en place un système d'information empêcherait certaines approches ou interventions. Il convient donc de sortir de ce constat d'impossibilité et construire un système global, cohérent, intégré et répondant aux besoins des acteurs et des personnes.

Un système socle et partagé sur des fonctions élémentaires, ayant vocation à être progressivement enrichi aux autres volets d'activité et, à terme, à se substituer aux systèmes existants, doit être défini. Les systèmes actuels et systèmes partenaires doivent être rendus interopérables et répondre à des besoins élémentaires. La cartographie des échanges de données et d'information doit être standardisée.

Ces actions d'ampleur, qui s'inscrivent forcément sur plusieurs mois et années, demeureraient lettres mortes si elles se limitaient à la définition de socles ou de stratégies nationales. Pour produire les effets attendus, les socles et standards définis nationalement devraient être rendus progressivement opposables. Les échanges entre partenaires institutionnels, au niveau local et national, et les dialogues de gestion avec les acteurs opérationnels devraient comporter des volets spécifiquement dédiés à ces questions transversales. L'opposabilité des socles et standards devrait être affirmée et vérifiée.

<p>Proposition n°10 : Définir des stratégies nationales en matière de ressources humaines et de systèmes d'informations, déclinées en plans d'actions opérationnels et reposant sur des standards et socles communs de convergence rendus progressivement opposables à l'ensemble des acteurs.</p>

2.2.5 Une priorité forte à donner aux travaux statistiques et d'évaluation

Les travaux de l'atelier ont permis de prendre connaissance des actions conduites par la CNSA, la Drees et la DGCS sur ces sujets. S'agissant du champ statistique, comme cela a été indiqué précédemment, la politique du grand âge donne lieu à des travaux détaillés mais qui demeurent insuffisants : le temps fort est constitué par la production de la base de données de référence qu'est le compte de la dépendance tous les 4 à 5 ans. Les productions assurées sur une base annuelle sont de portée plus limitée et partielles (bilan annuel de la Drees sur l'aide et l'action sociales, rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, comptes et rapport d'activité de la CNSA, annexes jointes aux lois de financement de la sécurité sociale). Au-delà, des productions ponctuelles contribuent à l'évaluation de la politique du grand âge (publications de la Drees, de la CNSA, de la Cnavts ou de la Cnamts notamment). De manière globale, les publications par des équipes de recherche sont peu nombreuses et la production est marquée par un fort cloisonnement entre les

différents domaines et champs de la recherche (médicale et en sciences sociales). L'approche pluri ou transdisciplinaire demeure exceptionnelle.

Une approche comparative conduit à souligner le relatif sous-investissement de la politique du grand âge par rapport aux autres secteurs de la protection sociale obligatoire. Elle représente des enjeux financiers équivalents à ceux de la couverture complémentaire du risque maladie, l'indemnisation du chômage ou encore les couvertures complémentaires de retraite. Pour autant, elle donne lieu à des productions statistiques et à des études dédiées de moindre ampleur.

Plusieurs volets d'évaluation doivent être identifiés et renforcés :

- la production de données statistiques de base et régulières sur l'ensemble du champ soit *via* la mise à jour du compte de la dépendance soit *via* la production d'un compte moins exhaustif mais disponible chaque année et centré sur les interventions publiques⁷³ ;
- la mise en place d'un dispositif complet et régulier, quantitatif et qualitatif, d'évaluation des actions menées, de leurs impacts et de leur efficacité⁷⁴ ;
- l'accompagnement de chaque évolution législative ou réglementaire d'un dispositif de suivi et d'évaluation dédié ;
- la promotion de la recherche universitaire portant sur des champs nouveaux et transdisciplinaires.

Les coprésidents appellent en outre l'attention sur deux points particuliers :

- A ce stade, le dispositif actuel d'évaluation est porté par les administrations et opérateurs chargés de mettre en œuvre la politique. Certaines institutions (CNSA notamment) se sont dotées d'instances scientifiques. Pour autant, il n'existe pas d'instance autonome et indépendante de définition de la démarche évaluative et de ses attendus et d'évaluation de la politique du grand âge : le conseil de l'âge assure certes pour partie ces missions mais il n'est pas chargé de cette approche globale ;
- La gouvernance et le pilotage de la politique du grand âge, alors même qu'ils présentent des spécificités et problématiques propres, ne donnent pas lieu à des évaluations régulières, structurées et indépendantes.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de structurer davantage le champ de la production statistique et de l'évaluation de la politique du grand âge. Sans préjudice d'un encouragement renouvelé de la recherche universitaire, notamment pluridisciplinaire, ces démarches reposent actuellement majoritairement sur des acteurs publics confrontés à des difficultés nombreuses (recueil de données auprès des Conseils départementaux en particulier). La priorité donnée à l'évaluation justifierait donc de les doter de moyens renforcés et d'organiser la production routinière des données et évaluations (gestion des conflits de priorités par rapport aux autres travaux). Enfin, un regard extérieur sur les évaluations conduites apparaît indispensable : il ne doit pas concerner chaque institution mais être structuré et organisé sur l'ensemble du champ.

Proposition n°11 : Affirmer le caractère prioritaire de l'évaluation de la politique du grand âge en la dotant de moyens dédiés, en structurant les démarches évaluatives, en encourageant la recherche, en évaluant l'ensemble de la politique et notamment le dispositif de pilotage et de gouvernance, en garantissant un regard autonome et indépendant sur les activités d'évaluation.

⁷³ Le tableau 1 proposé *supra* permet d'identifier les données qui seraient disponibles chaque année et mobilisables à ce titre.

⁷⁴ Les propositions formulées ci-dessus s'agissant de l'accueil et de l'accompagnement ou de l'évaluation contribueraient directement à la mise en place d'une telle approche.

2.2.6 La nécessaire organisation du débat public sur la politique du grand âge : organiser un moment annuel de débat, dans le cadre des LFSS

Depuis 2005, l'extension du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) a marqué une avancée notable : le Parlement prend connaissance chaque année des comptes de la CNSA⁷⁵, il arrête –*via* l'Ondam- chaque année la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ». Il prend connaissance d'indicateurs de contexte et de résultats dans le cadre d'un programme de qualité et d'efficience (« invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »).

Toutefois, cette approche demeure partielle puisqu'elle conduit la représentation nationale à n'approcher qu'une partie des dépenses de la politique de soutien aux personnes âgées. Cette politique est ainsi peu traitée dans le cadre du débat annuel, tant parlementaire que public, découlant de la présentation et de l'examen de la loi de financement. Des débats interviennent par ailleurs mais dans un cadre plus étroit (travaux de la CNSA et de son conseil notamment).

Les membres de l'atelier ont souligné cette relative absence de la politique du grand âge du débat public, hormis certains temps forts précédant notamment une réforme ou l'examen d'un texte dédié. Par ailleurs, dans une approche plus technique, l'absence de véhicule législatif annuel conduit à introduire toute réforme de la politique du grand âge dans un texte dédié. Or, les politiques de sécurité sociale peuvent être ajustées chaque année dans le cadre de l'examen du PLFSS. Ces deux dimensions constituent des écueils majeurs : la faible visibilité des actions et l'absence de débat – notamment parlementaire- régulier contribuent à un déficit démocratique important si on compare cette politique aux autres, notamment en matière de sécurité sociale.

Les débats en cours sur une révision de la Constitution⁷⁶ ont conduit les députés à proposer d'élargir le champ des LFSS à la protection sociale et, notamment, au risque de dépendance des personnes âgées. Cette démarche paraît à encourager. Sous réserve d'analyses complémentaires, elle pourrait passer par les dispositions suivantes :

- La déclinaison de l'Ondam en sous-objectifs demeurerait inchangée, afin de matérialiser la part des dépenses d'assurance maladie consacrée aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ;
- Un nouvel objectif de dépenses serait soumis au vote, correspondant à l'ensemble des dépenses publiques (Etat, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale) mobilisées dans le cadre de la politique du grand âge ;
- Cet objectif de dépenses pourrait être décliné en sous-objectifs (dépenses en établissement, à domicile et autres dépenses par exemple). Il pourrait être rapproché de prévisions de recettes dans le cadre d'un tableau d'équilibre dédié. Mais les catégories de recettes retracées dans ces prévisions seraient par nature spécifiques et comprendraient outre les recettes propres affectées au financement du risque (CASA par exemple), les financements mobilisés par les organismes de sécurité sociale, l'Etat et les départements⁷⁷ ;

⁷⁵ Voir l'annexe 8 jointe au PLFSS chaque année et portant sur « Les comptes du FSV, de la Cades, du FRR, de la CNSA, du Fonds CMU et des organismes ou fonds financés par des régimes obligatoires de base ».

⁷⁶ Soit le projet de loi constitutionnelle pour une démocratie plus représentative, responsable et efficace actuellement en débat.

⁷⁷ Pour ces derniers, s'agissant de dépenses obligatoires et compte tenu du principe d'universalité budgétaire régissant les finances locales et de l'Etat, une approche conventionnelle devrait être développée. La somme des dépenses estimées leur incombant devrait par nature correspondre à l'ensemble des recettes.

- Les annexes jointes au PLFSS devraient tirer les conséquences de cette évolution. L'activité de la CNSA et la mise en œuvre des actions arrêtées avec l'Etat devrait être retracée dans l'annexe *ad hoc*⁷⁸. Un programme de qualité et d'efficacité spécifique devrait être dévolu au grand âge⁷⁹ ;
- Les dispositions ayant trait à la politique du grand âge et ayant un impact financier pourraient dès lors figurer dans ces lois de financement renouvelées.

Si l'extension des LFSS au champ de la protection sociale obligatoire constitue un objet de débat qui va bien au-delà de la réflexion sollicitée de l'atelier, l'intégration de la politique du grand âge dans le champ des lois de financement constituerait une avancée démocratique importante. Elle permettrait un débat annuel. Elle introduirait un contrôle parlementaire qui paraît indispensable au regard des masses financières concernées. Elle ne semble se heurter à aucun principe juridique dirimant⁸⁰.

Proposition n°12 : Garantir le contrôle parlementaire et le débat public annuel sur la dépendance des personnes âgées en élargissant le champ des lois de financement à la politique du grand âge, par des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes synthétisées dans un tableau d'équilibre dédié.

2.2.7 Une nouvelle instance départementale dédiée au grand âge, regroupant la comitologie existante, représentant l'ensemble des parties prenantes et au sein de laquelle la représentation des personnes âgées et leurs proches aidants aurait une place centrale

La période récente a vu la création des nouveaux conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie regroupant les instances consultatives préexistantes dédiées aux politiques du handicap et du grand âge (voir *supra*, point 1.3.3).

Les instances existantes demeurent néanmoins très nombreuses. Outre la difficulté liée à la coexistence de nombreuses instances, chacune d'entre elle est difficile à faire vivre car conditionnée à la représentation et la participation effective des différentes parties prenantes. Le cadre actuel ne permet pas de répondre efficacement à un double enjeu de pilotage politique effectif et de citoyenneté.

Par conséquent, les membres de l'atelier ont souligné la nécessité de constituer une instance départementale dévolue aux politiques et actions du grand âge qui pourrait, le cas échéant, constituer une formation spécifique des CDCA.

⁷⁸ Soit l'annexe 2 jointe au PLFSS de l'année (« Organismes de sécurité sociale : gestion, performance et simplification »).

⁷⁹ Son contenu devrait par nature être étroitement articulés avec les contenus des programmes de qualité et d'efficacité « vieillesse », « invalidité » et « maladie ».

⁸⁰ Sous réserve d'analyses complémentaires, compte tenu des dispositions introduites dans les lois de programmation pluriannuelles des finances publiques, la définition d'un objectif ou de prévisions ne constitue notamment pas une limitation de l'autonomie des collectivités territoriales et ne contredit pas les principes constitutionnels s'y attachant. Ainsi, la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques a précisé le contenu et la portée de nouvelles lois financières, les lois de programmation des finances publiques. Par la suite, l'objectif d'évolution de la dépense locale (ODEDEL), outil d'analyse et de prévision de la dépense locale, a été créé par l'article 11 de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour la période 2014-2019 (« Les collectivités territoriales contribuent à l'effort de redressement des finances publiques, selon des modalités à l'élaboration desquelles elles sont associées. Il est institué un objectif d'évolution de la dépense publique locale, exprimé en pourcentage d'évolution annuelle et à périmètre constant »). Ces dispositions ont été considérées conformes à la Constitution par le juge constitutionnel.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

Les travaux conduisent à souligner qu'il est donc nécessaire de regrouper la multiplicité des instances opérationnelles et stratégiques, formalisées ou non par les textes, qui existent dans le champ du grand âge. Les acteurs soulignent en effet le risque d'éparpillement lié à la multiplicité des instances. Ils témoignent en outre d'un « épuisement institutionnel » : la participation à ces instances est particulièrement chronophage, certains acteurs ont ainsi parfois le sentiment de passer plus de temps dans les instances de coordination qu'auprès des personnes accompagnées.

Trois éléments principaux doivent guider la réflexion :

- La politique du grand âge est spécifique. Elle présente des caractéristiques propres et, alors qu'elle est en construction, n'est pas réductible aux seuls points et actions convergentes avec la politique du handicap ;
- La politique du grand âge est d'essence partenariale et doit associer, tant dans ses volets stratégiques qu'opérationnels, un très grand nombre d'acteurs ;
- La représentation des personnes âgées et de leurs proches est difficile et la mobilisation potentiellement moindre et moins structurée que celle constatée pour d'autres publics. Dans le cadre d'une représentation en construction, il convient de permettre à ces représentants d'être entendus et associés dans une instance dédiée et de ne pas les mobiliser dans un nombre très important d'instances.

Ainsi, la création d'une instance dédiée à la politique du grand âge permettrait de « rassembler ce qui est éparé ». Cette instance paraîtrait d'autant plus justifiée dans un contexte de rénovation de la politique de soutien aux aînés : elle constituerait le lieu nouveau d'évaluation de la mise en œuvre des nouvelles actions et dispositions retenues. Elle contrôlerait l'atteinte des objectifs définis au niveau national et garantirait la cohérence des actions menées aux niveaux national et local.

Cette instance stratégique dédiée devrait être composée de représentants de l'ensemble des acteurs : Etat, Conseil départemental, partenaires sociaux, organismes de protection sociale, établissements, services à domicile, professionnels de santé et, aussi, des acteurs et relais incontournables que représentent les communes et les intercommunalités. Une attention particulière serait apportée à la représentation des personnes âgées et de leurs proches : leurs préoccupations devraient rythmer le fonctionnement de l'instance. Afin de garantir la pleine prise en compte de leurs points de vue, plusieurs approches pourraient être retenues (droit d'opposition ou nombre de suffrages supérieurs à celui des autres représentants, présidence ou vice-présidence de l'instance, etc.).

Cette instance ayant vocation à se substituer à la comitologie officielle existante se réunirait dans deux formats : un format stratégique réunissant l'ensemble des acteurs susmentionnés et un format opérationnel regroupant un nombre plus limité de représentants (Etat, Conseil départemental, organismes de protection sociale, établissements, services à domicile, professionnels de santé en particulier). Elle intégrerait également les conférences des financeurs pour la perte d'autonomie. Elle deviendrait l'instance stratégique unique pour les sujets transversaux, notamment les systèmes d'information, les métiers et ressources humaines, le cadre de vie, le soutien à l'innovation.

La mise en place de ces instances départementales justifierait une animation nationale des travaux et de leurs réflexions qui pourrait être confiée à la CNSA, à la DGCS ou au Conseil de l'âge. L'animation nationale viserait à consolider et capitaliser les travaux des instances locales mais aussi à structurer leur fonctionnement (mise à disposition d'outils, de supports, transmission d'informations...).

Les pouvoirs de l'instance devraient être strictement définis au regard des compétences existantes et de la volonté de rationaliser les consultations et avis. Les compétences dévolues directement à l'instance ne sont pas définies ici en ce qu'elles relèvent directement des choix d'une politique territoriale ou territorialisée, choix qui demeure ouvert et n'a pu être tranché par l'atelier.

Proposition n°13 : Créer une instance départementale unique dédiée à la politique du grand âge, regroupant l'ensemble de la comitologie existante, associant l'ensemble des acteurs et -notamment- les communes et intercommunalités, dotée d'une formation stratégique et opérationnelle. Garantir que la voix des représentants des personnes âgées et de leurs proches est pleinement prise en compte dans les travaux de l'instance.

2.2.8 Un pilotage national à (ré)interroger

Dans la continuité des réflexions avancées précédemment, les évolutions proposées du pilotage et de la gouvernance visent à renforcer l'identification de la problématique du grand âge et de son caractère transversal. A cet égard, s'il est avéré que l'approche combinée des politiques du handicap et du grand âge est des plus fructueuses, elle présente aussi un risque, celui de ne pas prêter une attention suffisante à une politique en construction et spécifique, celle du soutien à nos aînés. Outre la maison commune qu'est la CNSA et l'interlocuteur central que constitue la DGCS, force est de constater que la politique du grand âge ne dispose pas -hormis le conseil de l'âge- d'instances dédiées et spécialisées. La politique du grand âge apparaît moins reconnue au plan institutionnel que celle du handicap : il n'existe pas d'équivalent au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH). Ainsi, les représentants des personnes âgées ou de leurs proches ne sont pas aussi étroitement associés aux textes et à l'action publique que les représentants des personnes handicapées. Si les deux politiques relèvent pour partie d'acteurs uniques, le parallélisme n'est donc pas parfait et souligne une potentielle moindre institutionnalisation de la politique du grand âge.

Faute de temps, ces dimensions de pilotage national n'ont pu être pleinement abordées au sein de l'atelier. Il apparaît néanmoins nécessaire de réexaminer le pilotage national au bénéfice de la rénovation de la politique qui sera retenue. La pleine association des personnes âgées et de leur proches à la politique et aux actions menées revêt une importance centrale : par exemple, la mise en place d'un accompagnement rénové ou l'extension des lois de financement à la politique du grand âge justifient la mise en place de modes nouveaux de consultations des intéressés. Le cadre institutionnel actuel (rôle du conseil de la CNSA et du conseil de l'âge voire la création d'une instance *ad hoc*) doit donc être questionné au regard des évolutions conduites. L'extension des LFSS au champ de la politique du grand âge justifierait ainsi de réinterroger les relations entre institutions et les compétences des acteurs (CNSA, DGCS et, également, DSS). De ce point de vue, le renforcement du pilotage national justifierait *de facto* une plus forte intervention de la DGCS qui se verrait reconnaître un rôle de pilote, notamment s'agissant des mesures figurant en LFSS. Enfin, la politique du grand âge revêt une dimension par nature interministérielle. Elle est actuellement largement conduite par les seuls ministères sociaux. Le renforcement de l'interministérialité de l'action en faveur des personnes âgées revêt donc, là encore, une importance certaine.

Au-delà, repenser le pilotage national procède aussi de la remise en cause de la logique actuel qui consiste à exiger systématiquement de la transversalité au niveau du terrain et des territoires, alors que bien souvent l'action nationale est conduite en silos.

Les coprésidents n'entendent pas ici proposer une solution parfaite sur des questions dont la teneur et l'intensité sont directement fonction de la profondeur des changements opérés. Ils entendent néanmoins proposer une méthode d'action qui pourrait constituer une source d'inspiration. La conduite de la politique du grand âge paraît en effet relever de trois approches différentes : une politique constante de soutien dont les effets doivent être régulièrement mesurés et évalués (de ce point de vue, le débat annuel en loi de financement constituerait le cadre idoine) ; la mise en œuvre de réformes suite à l'adoption de lois cadres dont la mise en œuvre doit donner lieu à un suivi dédié (mise en œuvre des dispositions et mesure de leurs impacts) ; enfin, la

mobilisation opérationnelle au bénéfice de nos aînés, compte tenu de son caractère interministériel et pluridimensionnel, mériterait d'être formalisée dans des plans pluriannuels (sur le modèle, par exemple, des plans « pauvreté » successifs) qui donneraient lieu à un suivi distinct. Le choix de ces répertoires différenciés d'intervention aurait un impact avéré sur le pilotage de la politique. Il contribuerait à sa plus forte structuration.

Proposition n°14 : Tirer les conséquences des réformes et actions menées (champs nouveaux dévolus au niveau national, intégration du grand âge dans le champ des LFSS...) et adapter en conséquence la gouvernance et le pilotage national de la politique du grand âge, interroger les répertoires d'action de manière à rendre plus visible les priorités politiques poursuivies (LFSS, réformes structurelles, plans pluriannuels).

2.2.9 Un combat pour la citoyenneté des personnes âgées dont la portée doit, pour les coprésidents, être pleinement appréciée

L'ensemble des propositions avancées par les coprésidents au bénéfice des travaux de l'atelier reposent sur la volonté de mettre les personnes âgées, leurs besoins et préoccupations au centre de l'ensemble des démarches publiques. Elles visent à mieux reconnaître la place et le rôle des personnes âgées dans l'action publique.

Au-delà, les coprésidents constatent que la question de la citoyenneté des personnes âgées n'a pas constitué un des fils rouges ou des thèmes particulièrement abordés au sein des travaux de l'atelier. Revendiquer la reconnaissance de la citoyenneté des personnes âgées nécessite en effet d'identifier dans quelle mesure la qualité de citoyen leur est déniée aujourd'hui : ce type de raisonnement n'a pas été développé au cours des séances de travail. La construction de la politique du grand âge vise, depuis plusieurs années, à reconnaître des droits particuliers aux personnes âgées les plus fragiles : afficher un besoin de reconnaissance de citoyenneté conduit *de facto* à constater l'échec des politiques conduites. Or, si les membres de l'atelier ont été particulièrement critiques, les propositions qu'ils ont formulées ne conduisent pas à remettre en cause l'existant mais, bien au contraire, à approfondir les actions conduites et à en assurer l'effectivité et la matérialité. Il n'y a donc pas à proprement parler un besoin d'une citoyenneté différente et rénovée mais plutôt une nécessité, celle de reconnaître la place de citoyens spécifiques, devant être écoutés et associés aux actions les concernant.

Au final, la reconnaissance des personnes âgées passe avant tout par le fait qu'ils disposent de droits et de services certes spécifiques mais de même nature que ceux offerts aux autres citoyens au titre des risques qu'ils rencontrent. Il ne s'agit donc pas de définir une citoyenneté particulière, la qualité de citoyen étant par définition une et indivisible, mais de permettre à cette catégorie particulière de citoyens d'être non seulement écoutée mais entendue et de voir leurs besoins satisfaits comme ceux des autres citoyens.

Il est néanmoins évident que le fait d'être fragile et âgé ne peut en aucun cas conduire à une moindre reconnaissance de la qualité de citoyen. C'est en ce sens que l'atelier a entendu affirmer des droits élémentaires et essentiels : droit à l'information et à l'accompagnement, droit à la qualité de service sur l'ensemble du territoire mesuré au moyen de standards nationaux, droit à une prestation homogène sur l'ensemble du territoire, droit à la participation active à la politique du grand âge.

Les coprésidents entendent par ailleurs appeler l'attention sur plusieurs aspects :

Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »

- La mise en œuvre de dispositifs renforcés de prise en charge, tant s'agissant de l'accueil, de l'information et de la gestion du parcours que de prestations clarifiées et garantissant une prise en charge nationale minimale, assortis de standards de qualité et d'engagements de services contribue *de facto* à rendre la prise en charge, tant dans sa nature que ses modalités pratiques, de plus en plus opposable. Cette approche doit assurément être renforcée et développée ;
- Les recours contre les décisions unilatérales d'évaluation apparaissent peu nombreux et, de l'aveu même des membres de l'atelier, le principe de contradictoire est peu mobilisé tant par les évaluateurs que par les évalués. Alors que l'attention se focalise, à juste titre, sur la prévention et la gestion des phénomènes de maltraitance⁸¹, le nombre réduit de recours doit retenir l'attention. Outre une information renforcée des bénéficiaires sur les modalités de recours qui leur sont ouvertes, se posent les questions de l'opportunité de permettre l'examen d'un recours amiable préalable devant une formation *ad hoc*, sur le modèle retenu par les organismes de sécurité sociale et de l'accompagnement du transfert récents des contentieux au sein des tribunaux de grande instance⁸² ; le faible taux de contestation alors même que les écarts de pratiques semblent avérés entre territoires constitue un point important d'attention pour les coprésidents. Au-delà de la question des recours amiables et contentieux, se pose également la question de la reconnaissance effective d'un droit à (ré)évaluation encadré dans le temps ;
- Le recueil de la volonté et du consentement de la personne âgée revêt une importance particulière. Elle prend actuellement des formes très diverses telles que les directives anticipées⁸³, le projet personnalisé⁸⁴ et le contrat de séjour⁸⁵ pour les personnes résidant en EHPAD, qui peuvent être formulées par la personne ou, le cas échéant, par ses proches (« personne de confiance »). La complémentarité et l'effectivité de ces procédures mériterait d'être renforcée et affirmée afin de s'assurer, d'une part, que -quel que soit le mode de prise en charge- la personne ou ses proches aient expressément formulé leurs souhaits et, d'autre part que, en l'absence de manifestation de la volonté par la personne ou ses proches, les mêmes types de traitement sont appliqués et respectés. Le cas échéant, la définition de ces pratiques « par défaut » nécessiterait un débat spécifique associant les professionnels et les représentants des personnes âgées car il s'agit ici, plus que de prévenir la malveillance, de garantir le juste traitement et la bienveillance apportée au traitement de nos aînés, dans le respect de leurs choix et de leurs volontés.

Proposition n°15 : Réexaminer les modalités de recours contre les décisions d'évaluation et envisager un recours amiable devant une commission *ad hoc*, sur le modèle des commissions de recours amiables des organismes de sécurité sociale. Renforcer les modalités de recueil des volontés des personnes âgées et de leurs proches et mener une concertation entre les professionnels et les représentants des personnes âgées à ce titre.

Au-delà, dans la continuité de l'affirmation de la nécessité de mettre la personne âgée au centre des préoccupations et des actions, les coprésidents estiment nécessaire de créer, sur le modèle du

⁸¹ Voir Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, *Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie*, janvier 2019 (<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>).

⁸² Aucun élément n'a pu être trouvé concernant le volume et les délais d'examen de recours de ce type. Une analyse complémentaire mériterait donc d'être conduite.

⁸³ Elles permettent à tout citoyen de formuler ses souhaits s'agissant des traitements dont il pourrait être l'objet par le corps médical en cas de pathologie lourde ou lors des derniers jours de son existence. Elles sont issues de la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Voir articles L. 1111-11 et 12 du code de la santé publique.

⁸⁴ Voir le décret modifié n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles.

⁸⁵ Voir article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

**Note des coprésidents de l'atelier « Pilotage et gouvernance »
de la concertation « Grand âge et autonomie »**

comité de suivi des retraites un comité de suivi de la politique du grand âge. Ce comité serait composé pour moitié de personnes âgées et de leurs proches et pour moitié de personnes majeures issues des autres catégories de la population. Les membres du comité ne seraient pas désignés mais tirés au sort parmi la population éligible. Ce comité serait chargé de se prononcer, outre sur des indicateurs clefs et leur évolution, sur les actions mises en œuvre de manière structurelle, sur la mise en œuvre des réformes récentes (notamment celle susceptible d'être définie dans les mois à venir) et sur l'avancement des plans d'action de la politique du grand âge. L'avis annuel du comité serait rendu public.

Proposition n°16 : Sur le modèle du comité de suivi des retraites, créer un comité de suivi de la politique du grand âge, composé pour moitié des personnes prises en charge et pour moitié de citoyens de toutes classes d'âge. Charger le comité de rendre un avis annuel et rendu public.

3 DES SCENARIOS INSTITUTIONNELS ET POLITIQUES VARIÉS JUSTIFIANT DES CHOIX ET ARBITRAGES

Comme cela a été indiqué précédemment, si tous les membres de l'atelier ont estimé que des changements structurels étaient nécessaires, cette volonté a échoué sur deux points : d'une part, l'absence d'accord -sinon unanime, du moins majoritaire- pour un des scénarios proposés et, d'autre part, le fait qu'aucun des scénarios proposés ne précisait les conditions dans lesquelles le passage du système actuel au système cible était effectivement assuré⁸⁶.

3.1 Sept scénarios relevant de trois « familles » d'évolutions ont été examinés par l'atelier, aucun n'a recueilli le consensus ou l'accord d'une majorité des membres

L'atelier a travaillé sur la base des propositions formulées par les membres de l'atelier ou par des acteurs ayant fait parvenir leurs propositions dans le cadre de la concertation « grand âge et autonomie ».

Ces propositions ont été travaillées par le rapporteur et les coprésidents puis au sein de l'atelier. Elles ont été formalisées dans des fiches, amendées lors des réunions, qui figurent dans le rapport définitif des travaux de l'atelier. L'analyse des propositions a conduit à les regrouper dans trois familles différentes :

- Une première famille correspond au « prolongement de l'existant ». Ces propositions sont les plus respectueuses des compétences actuelles des différents acteurs. Tirant les conséquences du caractère pleinement territorial et partenarial des actions menées, elles visent à chercher des modalités renforcées de coordination et de cohérence entre les acteurs institutionnels et les intervenants opérationnels. Ces propositions ont été écartées par la grande majorité des membres de l'atelier en ce qu'elles n'induisaient pas une évolution à la hauteur des enjeux et des attentes et en ce que le degré de contrainte et d'harmonisation nationale qu'elles représentaient était considéré comme trop faible et dépourvu de garanties effectives ;

⁸⁶ Cette appréciation a néanmoins une portée moindre en ce qui concerne les scénarios de prolongement de l'existant qui, par définition, induisent des changements de moindre ampleur.

- Une deuxième famille regroupe les scénarios visant à unifier le pilotage de l'offre. Dans ces scénarios, une institution –alternativement le Conseil départemental ou l'ARS- se voit confier l'essentiel des pouvoirs de décision, soit concernant l'ensemble de la politique du grand âge dans le département, soit concernant un secteur (le scénario mixte conduit à confier la responsabilité des établissements à l'ARS, le Conseil départemental assumant le pilotage des services à domicile). Ces scénarios ont le mérite de clarifier le système de gouvernance et de pilotage. Ils ont néanmoins été écartés en ce que le passage du système actuel au système cible n'était pas précisé, en ce que chaque scénario marquait une rupture allant à l'encontre du lien entre les interventions sociales et sanitaires (transfert intégral au Conseil départemental ou à l'ARS) ou en ce que la segmentation en secteur (domicile et établissement) comportait un risque fort de rupture des parcours et prises en charge dans un contexte de réorganisation de la prise en charge et de priorité donnée au maintien à domicile. Au-delà, plusieurs membres de l'atelier ont souligné que ces scénarios induisaient des ruptures trop profondes et que, malgré les clarifications qu'ils impliquent, les relations entre Conseil départemental et ARS demeurerait, même de manière moins prononcée, mais que leur qualité serait durablement affectée par ces changements. Au-delà, l'analyse des scénarios a conduit à des débats sur le « bon » niveau de pilotage territorial (départemental ou régional), aspect qui n'a pu davantage être tranché ;
- Une troisième famille de scénarios conduit à confier à des organismes de sécurité sociale (branches vieillesse ou maladie du régime général) la gestion du *front office* et du service de la prestation. Ces scénarios ont été estimés incomplets à trois égards. En premier lieu, les modalités de passage du système actuel au système cible ne sont pas documentées et évaluées⁸⁷. En deuxième lieu, la question du pilotage de l'offre continue à se poser dans ces deux scénarios. En troisième lieu, ces évolutions sont à rapprocher directement des décisions plus structurelles devant être rendues en ce qui concerne la prestation cible et le mode d'accueil et de prise en charge des bénéficiaires.

Un scénario n'a pas été directement évalué en ce qu'il n'a pas été avancé au cours des débats ; celui tendant à conserver le système actuel et à la compléter par des couvertures complémentaires plus ou moins importantes⁸⁸. Sans préjudice de l'analyse de la pertinence d'une telle approche, les coprésidents soulignent qu'à leur sens une option de ce type ne pourrait être introduite sans intervention de la puissance publique : les contrats et garanties proposées mériteraient ainsi d'être expressément agréées au regard des financements demandés et des protections apportées en contrepartie, sur le modèle retenu pour la complémentaire santé (contrats labellisés au titre de la CMU-C et de l'ACS).

L'analyse concrète des scénarios a conduit l'atelier à préciser des variantes pour chacun d'entre eux ou des règles et contraintes devant, pour les membres de l'atelier, naturellement et logiquement accompagner les changements proposés. Les travaux et échanges intervenus au sein de l'atelier ont en outre permis de qualifier les différents scénarios. Les deux tableaux proposés recensent les scénarios et les apprécient à cette aune. Une approche détaillée de chaque scénario et des réactions et débats qu'ils ont suscités est proposé dans le rapport des travaux de l'atelier. Ces scénarios ne s'excluent pas nécessairement. A titre d'exemple, des scénarios de pilotage du *front office* et du service de la prestation sont compatibles avec des scénarios n'intervenant que sur le pilotage de l'offre de prise en charge.

⁸⁷ Le transfert de gestion nécessiterait en effet d'analyser notamment les modalités de transferts de personnel et de migration des systèmes d'information dans une approche différente des scénarios précédents puisque la reprise de gestion devrait nécessairement prendre en compte l'organisation actuelle des organismes reprenneurs.

⁸⁸ Voir la synthèse des travaux de l'atelier 3 « Nouveaux financements », co-présidé par Mathilde Lignot-Leloup et Jean-Luc Tavernier.

PRESENTATION DES SCENARII DE GOUVERNANCE ET DE PILOTAGE – TABLEAU DE SYNTHESE

		Présentation du scénario	Variantes	Scenarii compatibles
Scenarii de prolongement de l'existant				
1	Contrats territoriaux d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Aucun transfert de compétences n'est effectué de manière systématique</u>, mais l'articulation entre les compétences respectives des ARS, des Conseils départementaux et des caisses de retraite est assurée à travers des <u>contrats territoriaux d'autonomie</u> signés au niveau de chaque département ; • <u>Les contrats peuvent prévoir trois niveaux d'intégration différents</u> : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Reconnaissance mutuelle</u> : par exemple reconnaissance mutuelle des évaluations, appels à projet commun, programmation conjointe des inspections-contrôles ; • <u>Délégation de compétences</u> : par exemple délégations de crédits de prévention, délégations croisées entre ARS et Conseil départemental afin d'unifier le pilotage des établissements et du domicile • <u>Gestion intégrée sous forme de GIP</u> : par exemple pour la politique de prévention, l'appui à la coordination ou le <i>front office</i>, les évaluations. • Un financement incitatif attribué par la CNSA peut inciter à une intégration renforcée ; • <u>Des obligations minimales de coopération peuvent être fixées</u> à travers des invariants des contrats territoriaux définis au niveau national (ex. : SI, ressources humaines, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Suite à une expérimentation, mise en œuvre d'une délégation de compétences plus large et pérenne, sur la base d'une analyse territoriale, afin d'affirmer le rôle d'un acteur unique dans chaque territoire • Respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement) 	3 – 4 – 5
2	Agencement de compétences	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Aucun transfert de compétences systématique n'est effectué au niveau du pilotage de l'offre</u>, mais des délégations de compétences sont possibles localement ; • <u>Renforcement des conventions pluriannuelles CNSA – Conseils départementaux</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'obligations supérieur : mise en place d'un SI commun pour faciliter l'évaluation de la politique du grand âge, objectifs de qualité des plans d'aide et des actions de soutien aux aidants, références pour la composition des équipes pluridisciplinaires ; • Contreparties financières adossées à des objectifs de performance et de qualité du service rendu • <u>Création d'un réseau territorial des missions d'information, d'accueil, d'orientation, de coordination des parcours et de gestion des situations complexes</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Création de GIP associant les services de l'Etat, les Conseils départementaux, les caisses de retraite, la branche maladie et les autres collectivités locales ; • Fusion des autres dispositifs d'accueil et d'appui au sein de ce réseau (MAIA, CLIC, PAERPA) et création d'équipes dédiées à l'adaptation du cadre de vie ; • Compétence pour l'évaluation des besoins pour l'ensemble des GIR ; • Animation du réseau par la CNSA et financement à travers un CPOM. • <u>Création de conférences des parties prenantes au niveau départemental</u> dédiées à la coordination de l'offre globale sur l'ensemble des segments (prévention, programmation stratégique de l'offre en établissement et à domicile, parcours, habitat inclusif, etc.), englobant la conférence des financeurs et le CDCA ; <ul style="list-style-type: none"> • Une instance restreinte valide les stratégies et programmes coordonnés • Une instance plénière reprend les missions du CDCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suite à une expérimentation, mise en œuvre d'une délégation de compétences plus large et pérenne, sur la base d'une analyse territoriale, afin d'affirmer le rôle d'un acteur unique dans chaque territoire • Respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement) • Création d'un pouvoir d'injonction permettant à un acteur tiers (à définir) d'intervenir en l'absence d'accord local • Maintien d'une double compétence d'évaluation entre branche vieillesse et Conseils départementaux et généralisation de la reconnaissance mutuelle d'un plan d'aide socle d'une durée d'un an. • La conférence des parties prenantes pourrait être mise en place dans ce scénario comme dans les autres 	3 – 4 – 5
Scenarii d'unification du pilotage de l'offre				
3	Département-alisation	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le Conseil départemental programme, autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Il reprend la compétence d'autorisation de l'ensemble de l'offre à domicile et en établissement, la programmation des CPOM, la contractualisation, le financement et le suivi des démarches qualité ; 	Respect d'un socle national de standards de qualité de service et de performance avec une évaluation régulière des performances des territoires (classement)	1 - 2

		<ul style="list-style-type: none"> • L'ARS est recentrée sur le pilotage de l'offre sanitaire et sur le contrôle des établissements et services médico-sociaux. • <u>Création d'un cadre juridique unique pour l'ensemble des établissements publics</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'ensemble des statuts actuels : hospitaliers, autonomes, gérés par un CCAS. En particulier les EHPAD hospitaliers seraient désolidarisés des services sanitaires ; • Présidence des conseils d'administration des établissements publics par le Conseil départemental • <u>Compétence du Conseil départemental pour l'ensemble des évaluations de besoins</u>, quel que soit le degré de perte d'autonomie de la personne • <u>Guichet unique géré par le Conseil départemental</u> 		
4	Intégration au niveau des ARS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>L'ARS programme, autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale pour les personnes âgées</u> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité totale de l'ARS sur les SAAD et SPASAD, le Conseil départemental perdant sa compétence d'autorisation des SAAD • La fonction de coordination des parcours et de gestion des situations complexes est assurée au sein des PTA et distinguée du guichet unique placé sous responsabilité du Conseil départemental • <u>Le Conseil départemental est conforté en tant que chef de file de l'action sociale et qu'interlocuteur de proximité de la personne</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la vie quotidienne à vocation sociale et adaptation des logements ; • Maintien des responsabilités concernant la gestion de l'APA et l'évaluation médico-sociale (possibilité d'une reprise de l'ensemble de la compétence d'évaluation par le Conseil départemental ; • Maintien à court terme de la compétence hébergement et habilitation à l'aide sociale pour les EHPAD ; • Responsabilité de l'information et de l'accès au droit 		1 - 2 - 6 - 7
5	Pilotage partagé de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • L'ARS autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale en établissement ; • Le Conseil départemental autorise, pilote et définit l'organisation de l'ensemble de l'offre médico-sociale à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) ; • La programmation de l'offre est conjointe entre ARS et Conseil départemental pour assurer une complémentarité de l'offre à domicile et en établissement, assurer une couverture des besoins sur un territoire et permettre ; • Le Conseil départemental reste gestionnaire de l'APA et pilote les évaluations médico-sociales ; • Le guichet unique est sous pilotage conjoint ARS / Conseil départemental et intègre information, accueil, orientation, coordination, gestion de cas complexes. 		1 - 2
Scenarii de gestion par un organisme de sécurité sociale du front office et de la prestation				
6	Gestion par la branche maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la prestation par la branche maladie <ul style="list-style-type: none"> • Reprise de la compétence d'évaluation des besoins par la branche maladie ; • Gestion de l'APA et de l'ASH ; • Possibilité de prestation extra-légale servie par les Conseils départementaux ; • Reprise des fonctions d'information, d'accueil, d'orientation en CPAM 		4 - 5
7	Gestion par la branche vieillesse	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la prestation par la branche vieillesse <ul style="list-style-type: none"> • Reprise de la compétence d'évaluation des besoins par la branche vieillesse ; • Gestion de l'APA et de l'ASH ; • Possibilité de prestation extra-légale servie par les Conseils départementaux ; • Reprise des fonctions d'information, d'accueil, d'orientation en agence retraite 		4 - 5

QUALIFICATION DES SCENARII DE GOUVERNANCE ET DE PILOTAGE – TABLEAU DE SYNTHESE

	Egalité de traitement sur le territoire national	Répartition équitable des capacités de prise en charge sur le territoire national	Réduction des doublons et efficience de l'action publique	Simplicité et lisibilité pour la personne	Fluidité du parcours	Effectivité du guichet unique	Intégration des réponses aux besoins de proximité des personnes	Intégration des différents segments de l'offre médico-sociale	Intégration de l'offre médico-sociale et sanitaire	Convergence possible entre personnes âgées et personnes handicapées	Simplicité des procédures pour les gestionnaires d'ESMS	Capacité de collecte et de croisement des données et de pilotage des systèmes d'information	Maîtrise des risques associés à la migration vers le système cible
Scenarii de prolongement de l'existant													
Contrats territoriaux d'autonomie	---	---	+	---	?	?	+	?	?	+	--	?	+++
Agencement de compétences	-	---	+-	-	+-	+++	+	--	--	+	--	-	++
Scenarii d'unification du pilotage de l'offre													
Départementalisation	---	---	+++	+++	+++	+++	+++	+++	---	?	++	-	---
Intégration au niveau des ARS	++	++	+++	+++	+++	+-	---	+++	+++	?	+	-	---
Pilotage partagé de l'offre	+-	+	+++	+++	---	?	+	---	+	?	-	-	-
Scenarii de gestion par un organisme de sécurité sociale du <i>front office</i> et de la prestation													
Gestion par la branche maladie	+++	?	?	++	+	+++	---	?	+	--	?	+++	---
Gestion par la branche vieillesse	+++	?	?	++	+	+++	---	?	-	--	?	++	---

3.2 Au bénéfice des échanges intervenus, afin de contribuer aux choix à venir, les coprésidents avancent, sous leur seule responsabilité, un scénario de court et de moyen terme

Les travaux conduits soulignent un besoin et un désir de changement très marqués de la part des acteurs de terrain. Mais, tant ces acteurs opérationnels que les représentants nationaux des institutions œuvrant pour la prise en charge des personnes âgées, divergent quant au dispositif cible de pilotage et de gouvernance devant être mis en place. De plus, les coprésidents appellent l'attention sur le fait qu'aucun de ces scénarios n'apparaît pleinement crédible en ce que les modalités politiques, pratiques et opérationnelles de passage du système actuel ou système cible ne sont ni détaillées ni analysées.

Ce résultat ne doit, pour les coprésidents, en aucun cas constituer un constat d'échec et une justification à l'inaction. Les travaux conduits ont en effet permis, comme le soulignent les propositions formulées, d'une part, d'affirmer des logiques d'action et, d'autre part, de déterminer des actions fortes devant être conduites rapidement et recueillant un accord globalement large au sein de l'atelier, sinon dans l'ensemble de leurs modalités à tout le moins dans leurs grands principes et les finalités qu'elles poursuivent.

Ces propositions ont, comme cela a été souligné à de nombreuses reprises dans la présente note, des effets puissants en matière de pilotage et de gouvernance. Chacune d'entre elles conduit en effet à repositionner les différents acteurs et intervenants sur des champs particuliers d'actions et de compétences ou à poser les bases d'une action partenariale renouvelée.

S'agissant de la prise en charge et des prestations, le passage du système actuel à un système mieux piloté nationalement et dans lequel les acteurs territoriaux disposent de marges de manœuvre clairement identifiées est, par lui-même, porteur de simplifications puissantes. Au final, la nature même des propositions reflète le besoin de clarifier les responsabilités et compétences de chacun. La méthode consistant à partir des besoins de la personne âgée, employée tout au long des débats, constitue un levier puissant de changement. Elle pourrait permettre concrètement de définir des positions largement partagées par les acteurs. En cela, la concertation conduite sur les thématiques du pilotage et de la gouvernance, si elle n'a pas produit l'ensemble des effets potentiellement escomptés, est source d'enseignements qui ne peuvent être clairement écartés.

Outre les effets que la mise en œuvre des propositions serait de nature à produire, une clarification de plus profonde ampleur doit, pour les coprésidents, intervenir à terme.

Le choix du scénario cible est susceptible d'être fortement influencé par l'impact de la mise en œuvre des propositions, l'effectivité et la matérialité des changements qu'elles induiraient. Cette première précaution prise, il apparaît pour les coprésidents, nécessaire de préparer un changement qui semble inéluctable.

En lieu et place d'initiatives territoriales difficiles à piloter et présentant des variations très fortes, les coprésidents estiment opportun de procéder, pendant une à deux années, à une expérimentation unique dans deux régions tests.

Ainsi, dans le cadre arrêté par la loi : dans une première région, l'ARS disposerait d'une délégation intégrale des compétences et financements de la part des Conseils départementaux et, dans une seconde région, l'ensemble des conseils départementaux se verraient confier l'ensemble des compétences et financements actuellement dévolus à l'ARS.

La mise en place de l'expérimentation serait précédée d'une période d'une année permettant une analyse approfondie de l'existant et la mise en place pratique et opérationnelle des modes de fonctionnement pendant la phase expérimentale (mise à disposition temporaire d'agents, e systèmes d'information notamment).

La conduite de l'expérimentation serait assortie d'une évaluation continue permettant de mesurer dans quelle mesure le système mis en place est générateur de gains et d'une meilleure prise en charge des personnes âgées. Afin de garantir l'impartialité de ces évaluations *ex ante* et *ex post*, un comité

indépendant, chargé de piloter la mise en œuvre des expérimentations et d'en mesurer les effets serait mis en place. Ce comité indépendant remettrait des rapports d'étape et un rapport final au Parlement et au Gouvernement.

A l'issue de l'expérimentation, le Gouvernement serait amené à proposer un système cible de pilotage de l'offre et de financement, reposant sur la responsabilité d'un acteur unique, ce pour l'ensemble du territoire national. En effet, par souci de clarté et de lisibilité de l'action publique, les coprésidents privilégient cette solution à un scénario de choix « à la carte » variant selon les différents territoires qui apparaît moins lisible en première intention.

Proposition n°17 : Mettre en place une expérimentation pendant 24 mois dans deux régions tests d'un pilotage unifié de l'offre et du financement par l'ARS ou par les conseils départementaux. Assortir cette expérimentation d'un dispositif rigoureux d'évaluation *ex ante* et *ex post*. Au terme de l'expérimentation, arrêter un système unique de pilotage de l'offre et du financement applicable sur l'ensemble du territoire.

S'agissant du champ embrassé, la proposition d'expérimentation avancée par les coprésidents ne concerne que les volets ayant trait au pilotage de l'offre et au financement des actions. En effet, la mise en place du *front office* rénové assorti d'une démarche effective d'accompagnement, combinée au déploiement du nouveau système de prestations, devrait logiquement conduire à évaluer leurs effets et à tirer les conséquences des réalisations.

S'agissant de la prise en charge personnalisée de populations de grande taille, la mise en place d'organisations nouvelles *ex nihilo* chargées de ces missions est relativement inédite dans l'histoire récente du système de protection sociale français, qui a plus souvent connu des reprises de gestion que la création de nouvelles organisations servant de nouveaux droits. L'évolution des modes de prise en charge des personnes âgées doit conduire à réinterroger le mode de gestion retenu au regard tant de son efficacité (coûts de gestion, nature des moyens mobilisés en particulier) que de la qualité de service effectivement offerte à l'utilisateur (respect des standards nationaux). Les coprésidents soulignent que la gestion des parcours demeure une exception dans les modes de gestion actuels des opérateurs de protection sociale, ceux-ci étant classiquement amenés à gérer des événements (demande de prise en charge, demande de liquidation de retraite, demande de remboursement...). Or, la gestion du parcours de chaque personne âgée fragile revêt une importance majeure. Il s'agit donc ici de mettre en place une approche complète, relativement inédite à l'heure actuelle, en fusionnant les dispositifs d'appui pouvant d'ores et déjà exister (CLIC, MAIA, PAERPA). Les coprésidents estiment que deux alternatives s'offriraient quant au choix de l'organisme de gestion du *front-office* et de la prestation (nationale et territoriale) :

- Une première option consisterait à confier à l'entité chargée du pilotage de l'offre et du financement ces missions. Cette solution aurait le mérite de la cohérence mais elle devrait, pour être retenue, réunir les trois conditions posées en matière d'efficacité, de qualité de service et de capacité à mettre en place une gestion des parcours. En tout état de cause, la capacité à opérer la bascule en gestion nécessiterait une analyse dédiée, en lien avec l'approche proposée *infra* ;

- Une seconde option consisterait à confier ces missions à un réseau d'organismes de sécurité sociale⁸⁹. A cet égard, si la branche vieillesse a pour atout évident de connaître la population et d'intervenir d'ores et déjà auprès d'elle -notamment *via* son action sociale, la branche maladie présente également des atouts importants -outre sa forte présence territoriale. La branche maladie va en effet devoir passer de manière structurelle d'une logique de gestion des évènements à une démarche de parcours, elle connaît d'ores et déjà la population couverte et elle est à même d'assurer en pratique la cohérence des interventions sanitaires et sociales. En tout état de cause, le choix de l'organisme gestionnaire nécessiterait d'être mieux documenté et la capacité des réseaux à prendre en charge ces missions mieux évaluée. La période d'expérimentation mentionnée ci-dessus permettrait ainsi de procéder à ces évaluations en profondeur et de documenter les modalités éventuelles de bascule d'un système à un autre.

Pour les coprésidents, à la date de rédaction du présent rapport, tant les évolutions conduites en matière de *front office*, d'accompagnement et de système de prestation que les objectifs d'efficience, de qualité de service et de gestion de parcours justifieraient de confier ces missions à des organismes de sécurité sociale. Outre les garanties que cette gestion apporterait (simplicité d'accès et lisibilité du système), une évolution de ce type permettrait de crédibiliser le concept -sans doute pour partie empreint d'une obscure clarté mais néanmoins fortement mobilisateur- de « cinquième risque ». Cette appréciation ne doit cependant pas conduire à orienter une évaluation qui doit être conduite sur les deux volets identifiés ci-dessus. En effet, aucune garantie n'est à ce stade apportée quant à la capacité de mobilisation des réseaux concernés, qui sont actuellement particulièrement mobilisés sur d'autres chantiers.

Proposition n°18 : Pendant la période d'expérimentation, évaluer les avantages et inconvénients et définir les scénarios de bascule de la gestion du *front office*, de l'accompagnement et du service des prestations soit à l'entité chargée *in fine* du pilotage de l'offre et de son financement soit à un réseau d'organismes de sécurité sociale.

* *
*

Au terme des travaux, les coprésidents entendent rappeler que la démarche proposée par leurs soins et au bénéfice des travaux de l'atelier entend combiner à la fois volontarisme assumé et réalisme revendiqué. C'est le sens des propositions formulées et notamment celle visant à recourir à un temps d'évaluation et d'expérimentation avant bascule vers un système cible reposant sur un responsable unique et identifié.

Les changements proposés et principes d'action avancés ont toutes le même fondement : il s'agit de partir des besoins de chaque personne âgée pour y répondre pleinement. Le système de pilotage et de gouvernance ne constitue en aucun cas une fin mais simplement un moyen permettant d'apporter à nos aînés fragiles les soutiens qu'ils méritent. Rappeler ce principe essentiel est en effet apparu commune nécessité : seul ce fil rouge permet de faire évoluer les politiques et les acteurs pour être au rendez-vous de la solidarité intergénérationnelle induit tant par le vieillissement de la population que par le respect des choix forts effectués depuis 1997 suite à la création de la prestation spécifique dépendance.

⁸⁹ Les coprésidents soulignent à cet égard que l'atelier n'a été destinataire que de propositions de la CNAVTS et de la CNAMTS. Compte tenu de sa présence territoriale et de son action de proximité, un scénario consistant à apprécier la capacité de la MSA à prendre en charge ces missions pourrait utilement être étudié.

<p style="text-align: center;">Note de vigilance FHF sur les orientations portées par les 2 co-présidents à l'issue des travaux et discussions dans le cadre de l'atelier 1 Gouvernance et Pilotage</p>
--

1/ **Les constats** posés et retenus par les 2 co-présidents sont conformes aux échanges des réunions de l'atelier 1. Ils traduisent parfaitement l'épuisement, non seulement institutionnel, mais surtout sectoriel lié au système de pilotage actuel, relevant en effet d'arrangements institutionnels successifs. Il a donc en effet unanimement été admis que le statu quo n'est ni souhaitable ni soutenable.

2/ **Les principes retenus** par les co-présidents devant guider les évolutions traduisent là encore le cheminement des discussions de l'atelier :

- Une nécessité de repositionner le curseur entre décision territoriale et action territorialisée pour porter un système de prestation reposant sur 2 niveaux de prestations (niveau socle et niveau complémentaire)
- Un enjeu de pilotage actif de l'offre pour garantir les rééquilibres et péréquations entre territoires et l'impérieuse nécessité d'un pilotage de et par la qualité.

3/ Sur ces bases, **les nécessités d'actions** retenues par les co-présidents sont principalement les suivantes :

- Garantie d'un système d'information de l'utilisateur performant et uniforme en tout point du territoire
- Définition d'un schéma national de coopération pour garantir un lien renforcé entre sanitaire et social
- Mise en place d'un système de prestation national relevant de tarifs de prise en charge et de prestations territoriales relevant de la responsabilité des acteurs locaux
- Une évaluation des politiques du grand âge par des outils permettant un meilleur contrôle parlementaire
- Une rénovation de la gouvernance départementale avec nouvelle instance regroupant celles existantes plaçant l'utilisateur au centre
- Un recentrage du pilotage national réinterrogé avec l'émergence d'un comité de suivi de la politique du grand âge

4/ et donc les propositions relevant plus particulièrement du pilotage territorial des 2 co-présidents :

- Concernant le pilotage de l'offre et du financement => tester 2 options par expérimentation de 24 mois dans 2 régions, ARS versus Conseils Départementaux + examiner les scénarii de bascule généralisée pendant la période d'expérimentation
- Concernant la gestion des missions de front office => options de gestion de ces missions par l'entité en charge du pilotage de l'offre et du financement versus le réseau d'organismes de sécurité sociale (enjeu 5^{ème} risque)

Sur ces bases, la note des co-présidents appelle plusieurs regrets :

- ***D'abord le regret d'un constat posé sans nuance de non unanimité ni même majorité quant aux scénarii cibles en matière de pilotage territorial. Ce constat porte une forme d'imprécision en l'absence de tour de table organisé pour permettre de la recueillir. Alors que ce constat aurait mérité d'être plus nuancé et précisé :***
 - o ***entre des positions des offreurs unanimes en faveur d'un système de pilotage garantissant une simplification du pilotage, une égalité et équité territoriale donc***

en faveur d'un pilotage centralisé du financement et de l'offre, décliné territorialement par les ARS

- ***et la position des Conseils Départementaux défendant un pilotage intégralement territorialisé en leur faveur.***
 - ***Les institutionnels CNSA et DGCS notamment sauf erreur n'ayant pas exprimé en séance de scénarii disruptifs marqués.***
 - ***Les familles et résidents ne s'étant pas exprimés en séance.***
- ***Le changement par l'expérimentation est toujours préférable plutôt qu'une bascule radicale à fortiori lorsque le schéma de transition n'a pu être affermi ni même tracé faute de temps. Pour autant la proposition d'expérimentation sur 2 régions est d'un niveau d'ambition limité et pourrait apparaître aux offreurs sans proportion avec l'ampleur du diagnostic posé accablant, tant au regard de l'inefficience que de l'inéquité territoriale que le système actuel porte intrinsèquement. De plus et cela n'est pas rappelé, cette possibilité est déjà offerte par l'article 63 de la LFSS du 28 décembre 2018. Enfin cette possibilité d'expérimentation à ce stade n'apparaît être mobilisée que par certains Conseils Départementaux, et aller dans le sens d'une politique territoriale propre à chacun.***
- ***Enfin la perspective d'émergence d'une 5^{ème} branche et le scénario de pilotage associé à cette branche apparaît peu porté ni développé par les co-présidents dans cette note alors que ce sujet d'envergure très attendu faisait partie de la lettre de mission de cet atelier et a paru très vite recueillir une unanimité au sein de l'atelier. S'il n'est pas une fin en soi il représente un grand pas vers une plus grande lisibilité et sanctuarisation des ressources consacrées au grand âge.***