



Avis sur...

Les conventions tripartites CNSA/CD/ARS en Nouvelle Aquitaine

Contexte

Le principe de conventions tripartites entre la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ([CNSA](#)¹), les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils départementaux (CD) a été adopté pour renforcer la gouvernance territoriale de la branche Autonomie de la Sécurité sociale. Cette démarche vise à être le cadre opérationnel de coopération entre acteurs concernés dans chaque département pour la période 2025-2028. Elle fixe des objectifs communs aux différents acteurs pour accompagner les parcours des personnes en situation de handicap (PSH) et âgées (PA), en associant étroitement leurs représentants. Elle prend en compte les spécificités de chaque territoire et sera consacrée à leur élaboration et à la signature des premières conventions. Ses conventions permettent aux acteurs locaux, à travers un dialogue et un pilotage national CNSA/ARS/CD, une contractualisation entre eux pour une optimisation des concertations et la résolution des problématiques rencontrées. La CNSA est garante des politiques nationales et facilitatrice des coopérations mais appuie sa démarche sur l'expertise et la capacité des territoires à mettre en place les mesures les plus adaptées. Les ARS, les CD, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ([MDPH](#)) et de l'Autonomie ([MDA](#)) s'inscrivent dans une dynamique de co-construction, s'engagent dans l'élaboration d'une stratégie départementale conjointe et partagée, s'impliquent dans la mise en œuvre de cette stratégie et de son suivi. Ces projets de conventions doivent répondre à 4 objectifs : Conforter l'exercice coordonné existant dont le but est l'amélioration des parcours de vie des PA, des PSH et leurs aidants ; Répondre aux enjeux de proximité en territorialisant les réponses ; S'appuyer sur les schémas et programmations existant pour une efficacité en termes d'opérationnalisation ; Soutenir et renforcer la robustesse des coopérations locales.

Processus d'élaboration de l'avis :

- Le 27 janvier 2026, l'ARS Nouvelle Aquitaine a saisi la Commission Spécialisée Parcours et Accompagnement Médico-Sociaux (CSPAMS) concernant le cadrage régional et l'état d'avancement des conventions transmises à ce jour à la CNSA afin que la CS puisse faire part de ses préconisations.
- A partir de cette date, les membres de la CSPAMS avaient jusqu'au 24 février pour exprimer leurs recommandations. La CS a eu alors pour mission de produire un projet d'avis devant être soumis à l'Assemblée Plénière de la CRSA le 10 mars.

¹ [Le Conseil de la CNSA vote le budget initial 2025 de la branche Autonomie de la Sécurité sociale et adopte le nouveau cadre de conventionnement entre la CNSA, les ARS et les conseils départementaux et les MDPH | CNSA.fr](#)

Préambule :

Il a été demandé à la CSPAMS d'émettre un avis sur chaque convention. L'ensemble de ces avis pouvaient ensuite servir de base à la CRSA pour qu'elle fasse part de ses recommandations générales. Les acteurs se sont interrogés sur la légitimité de cette commission spécialisée d'émettre un avis critique sur chaque convention alors que le niveau national (CNSA) les a validées et qu'il appartiendrait plutôt aux instances des territoires (CDCA et CTS) de le faire. En effet, ces dernières ont une vision plus précise des diagnostics, des problématiques et sont en relation directe avec les acteurs rattachés à chaque convention². **Il s'agira donc ici d'un avis général et non spécifique à chaque convention.** De plus, il est à préciser que à date (24/02/2026) toutes les conventions n'ont pas été transmises. Il ne peut donc s'agir que d'un avis partiel³.

Avis : Introduction

En premier lieu, **la déclaration préliminaire est appréciée** : « *dans un contexte de profonde évolution des risques, alors que les décennies à venir vont être marquées par une nette augmentation de la population âgée dont l'aspiration à vivre de manière autonome, en pleine citoyenneté appelle un haut niveau d'accompagnement. (...) les aspirations, les choix et les besoins des personnes en situation de handicap doivent être pris en compte, dans l'ambition d'une société inclusive.* » Elle correspond aux remarques énoncées régulièrement par les membres de la commission, encore dernièrement lors de l'élaboration de l'avis sur le PRIAC⁴.

Concernant la nécessaire coordination et coopération entre les acteurs, il s'agit d'une **préconisation forte du manifeste Grand Age**⁵, avec une vision territoriale incluant tous les acteurs et il est appréciable que les conventions instituent un travail partenarial sur la base des 6 principes d'actions⁶ que nous partageons. Nous ajoutons à ces derniers l'accessibilité des informations destinées aux personnes concernées pour renforcer leur pouvoir d'agir et garantir leurs accès aux accompagnements dont elles ont besoin. Les conventions départementales ont pour socle commun les objectifs de la CNSA en articulation avec les différents programmes régionaux et départementaux apportant de la cohérence dans les mesures d'actions.

Nous saluons le travail effectué en amont à l'échelon départemental, pour établir diagnostics territoriaux, analyses prospectives, identifier les forces et les faiblesses. Nous apprécions que le recueil de la parole des usagers soit également pris en compte pour en tirer des objectifs territorialisés et spécifiques s'ajoutant aux objectifs du socle commun. Pour autant, des degrés de maturité divers et l'absence de conventions posent question et alimentent la crainte d'une **disparité territoriale persistante souvent dénoncée.**

Les conventions tripartites portent donc l'ambition d'une meilleure coopération au niveau de la branche autonomie entre les niveaux nationaux, régionaux mais aussi et surtout territoriaux, entre acteurs. En ce sens, les membres de la CS ne peuvent que convenir que **cette stratégie va dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des publics fragilisés sur les territoires.** Si l'avis de la CSPAMS est favorable dans son ensemble, elle exprime cependant un certain nombre de réserves auxquelles elle aimerait que l'ARS Nouvelle Aquitaine soit attentive et qu'elle puisse en faire le relais auprès des autres partenaires des conventions.

² Cette idée s'inscrit dans les processus actuels mis en œuvre autour des zonages des professionnels ou les CTS en première intention émettent un avis et ou la CRSA s'appuie sur ses derniers pour rendre un avis généralisé.

³ Pour permettre aux acteurs d'émettre un avis, une rétroplanning est à respecter. Si la CRSA doit voter son avis le 10 mars, le projet finaliser doit parvenir aux membres la semaine précédente. Quand une CS est mobilisée, ce délai est majoré à 15j.

⁴ Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps, de la perte d'autonomie dont l'avis est voté le même jour.

⁵ [CRSA-Faire-du-Grand-Age-un-atout-pour-notre-societe.pdf](#)

⁶ Pour la CNSA : garante des politiques nationales, facilitatrice de la coopération, confiante dans la capacité des territoires à répondre aux enjeux nationaux avec des solutions adaptées au plus près de leurs réalités – Pour les ARS : inscription dans la dynamique de co-construction, engagement dans l'élaboration d'une stratégie départementale conjointe/partagée, implication dans sa mise en œuvre et son suivi.

Avis : Trois axes semblent importants à considérer :

- **Concernant l'évaluation en amont et en aval**

Les conventions s'appuient sur un certain nombre de données mais les sources apparaissent parfois sans millésime précis. Les différentes projections exposées mériteraient d'être datées au risque d'être rapidement obsolètes au regard de projections qui restent préoccupantes. Cette question des indicateurs permettant d'identifier les efforts à mettre en œuvre a pu régulièrement être mise en avant dans d'autres avis (notamment autour des zonages des professionnels de santé) [1]. Leur actualisation régulière est primordiale et ne peut attendre un cycle de 5 ans. Certaines sources restent à confirmer. On peut aussi s'interroger sur la prise en compte de l'expression locale des organisations des représentants des publics concernés qui n'est pas mentionnée. A cette fragilité des éléments de diagnostics préalables on peut croiser un manque de critères d'évaluation des actions mises en œuvre. Les tableaux des conventions tripartites de la CNSA font mention des objectifs opérationnels, des actions et moyens mis en œuvre (côté CD et côté ARS) et des éléments de calendrier. Il n'est cependant pas fait mention des indicateurs permettant d'observer l'atteinte des objectifs et mesurer l'efficacité des actions en termes d'impacts. De même, ces conventions feront-elles l'objet d'une évaluation pour vérifier si cet outil renforce les coopérations entre acteurs et la résolution de problèmes ou au contraire, limite les interactions, génère de la concurrence entre dispositifs voir renforce des inégalités entre territoires ?

- **L'accessibilité des publics à l'offre et sa lisibilité pour toutes et tous**

Les différentes conventions sont riches d'informations. La longueur moyenne de chacune est d'une trentaine de pages avec une série de tableaux mettant en lumière les complémentarités des nombreux dispositifs et actions mis en œuvre entre les CD et l'ARS, mais leur lisibilité n'est pas assurée et la profusion de sigles n'aide en rien la lecture. Se pose la question de l'accessibilité des publics concernés à ces informations, que ce soient les personnes directement concernées ou leurs proches-aidants⁷. A plusieurs reprises et sur plusieurs avis, la CRSA a souligné la nécessité de produire des documents accessibles, compréhensibles, adaptés aux publics pour que ces derniers puissent s'approprier au mieux les enjeux mais aussi les solutions proposées sur leur propre territoire. De manière générale, les conventions doivent permettre une bonne compréhension des articulations et des logiques d'actions entre ses différentes stratégies⁸ mises en œuvre.

Ces conventions s'inscrivent dans un environnement mettant en avant différentes feuilles de route et plans. Les membres se posent la question de l'articulation et la hiérarchisation entre ces conventions, les CPOM, les objectifs du Schéma Régional de Santé (ARS), du Plan Régional de Santé (PRS) et du PRIAC énoncé dans l'avis précédent ?

- **La gouvernance et le suivi**

Les modalités de pilotage sont définies au niveau national et régional. Toutefois les modalités du dialogue quantitatif et qualitatif prévues restent à préciser ainsi que les indicateurs régionaux. La CNSA prévoit la mise à disposition des outils nécessaires dont un outil unique pour assurer le suivi de la convention, ce qui nous l'espérons en assurera la lisibilité. Pour autant, il semble important d'établir un suivi à travers une coordination régionale, d'envisager un mécanisme de révision à mi-parcours formalisé dans les conventions mêmes, pour adapter les engagements à l'évolution rapide des besoins. Pour assurer la pérennisation des stratégies,

⁷ [Aidant familial, proche aidant : quelles définitions et quelles aides ? | Pour les personnes âgées](#)

⁸ Exemple de simplification proposée : Recommandation 1 sur l'avis concernant le [PRSE 4](#)

il serait nécessaire d'évaluer en temps réel les forces et les écueils rencontrés afin d'apporter rapidement les correctifs nécessaires. En complément, cet espace de gouvernance et de suivi régional pourrait permettre le partage interdépartemental des solutions déjà opérationnelles et probantes, afin à la fois d'harmoniser les pratiques, les modalités de recueil de la parole des publics et de renforcer in fine la qualité des réponses mises en œuvre pour l'ensemble de la région. La Commission souhaite à ce titre être tenue informée régulièrement des résultats et souhaite que ces conventions tri partites débouchent sur un partage de solutions probantes et efficaces pour améliorer et assurer l'information et l'accompagnement des personnes dans une démarche continue d'amélioration des conventions sans attendre la mise en place des outils nationaux. Enfin, en articulation avec ces dernières, les Conseils Territoriaux de Santé doivent être associés à l'analyse locale du déploiement des conventions.

Le projet d'avis a été soumis à lecture lors de l'assemblée plénière du 10 mars 2026. Les débats qui ont suivi ont soulevé de nouvelles interrogations.

- Des départements (CD) se sont exprimés et s'interrogent sur les différences de traitement en matière de financement octroyés par l'ARS à ces derniers, faisant le lien avec la question des disparités relevées en préambule de l'avis.
- Les membres regrettent que les conventions ne préconisent pas la reconnaissance mutuelle des évaluations des [GIR](#) entre les caisses de retraites et les CD et que les disparités des évaluations GIR entre départements ne soient pas traitées.
- Les membres préconisent de s'assurer que toutes les parties prenantes participent effectivement aux travaux dans le cadre de l'élaboration de ses conventions : les outils existants CLS/CTS permettent notamment la mobilisation des élus. Ils soulignent que les organisations représentant les usagers et leurs aidants sont sous représentées. De plus, les différents partenaires sociaux pourraient être invités sur le sujet des Ressources humaines qui font défaut au regard de la problématique rencontrée.
- Les Ressources Humaines, point critique majeur de ces conventions au regard des enjeux, nécessitent un plan d'actions détaillé avec des objectifs concrets, s'appuyant sur les référentiels existants. Sans une identification concrète des moyens, ces conventions ne pourront se déployer.
- Bien que ce point ait déjà été abordé, le recueil de la parole des usagers demande à être formalisé et harmonisé pour que cette dernière soit réellement prise en compte et influe sur les stratégies mises en œuvre.

Les membres de la CRSA demandent que ces nouveaux éléments soient consignés.

Au regard de ces nouveaux éléments, le Président de la CRSA fait la proposition de d'ajuster l'avis (en intégrant ces nouvelles remarques) et de le soumettre à un vote en ligne avant le 31 mars 2026.

La consultation électronique a été organisée du lundi 23 au jeudi 26 mars 2026.

Sur les 111 membres consultés, 62 ont pris part au vote :

- 51 votes favorables
- 11 abstentions

L'avis est adopté à l'issue de la consultation électronique.

[1] Point de recommandations produits par l'URIOPSS concernant les données

1. Sur les données démographiques et projections

Le document cite l'INSEE comme source mais sans millésime précis pour certaines données. La projection à 2050 mériterait d'être datée (quelle version du modèle Omphale ?) pour éviter une obsolescence rapide du diagnostic. Par ailleurs, la hausse spectaculaire de l'AEEH (+448% en 10 ans) est mentionnée sans analyse causale, alors qu'elle conditionne fortement la planification de l'offre enfance.

2. Sur les amendements Creton

Le doublement en un an (12 → 24 jeunes) est un signal d'alerte fort, mais la réponse envisagée ("dispositif de veille et de régulation") paraît insuffisamment dimensionnée. La projection de 258 jeunes atteignant 20 ans d'ici 2035 crée une tension prévisible majeure sur l'offre adulte qui n'est pas traitée avec suffisamment de précision dans les engagements.

3. Sur le vieillissement des personnes handicapées (PHV)

Les chiffres sont préoccupants (51% des résidents en EANM ont plus de 60 ans, taux supérieur au national). La convention évoque la création de places SSIAD fléchées PHV mais reste vague sur la volumétrie et les critères d'orientation EHPAD/établissement handicap. L'absence d'un référentiel PHV finalisé est reconnue, mais le calendrier de sa production mériterait d'être plus engageant.

4. Sur les jalons et indicateurs

Plusieurs actions sont assorties de dates cibles (2026, 2027, 2028) sans indicateurs de résultat associés. Par exemple, la "charte de l'accueil" ou le "référentiel commun autonomie" n'ont pas de critères de succès mesurables. La convention mentionne un "baromètre d'accès aux droits" (cible 2027) et un "observatoire prospectif" (cible 2028) mais ces outils arrivent tard dans la période conventionnelle, ce qui limite leur capacité à alimenter le pilotage en cours de convention.

6. Sur l'habitat intermédiaire

Le taux d'occupation des résidences autonomie (68% avec une fourchette 35-100%) est problématique et sous-analysé. Les raisons de ce sous-remplissage mériteraient d'être explicitées (inadéquation tarifaire ? localisation ? manque de services ?) avant de poursuivre les investissements dans ce segment.

7. Sur les ressources humaines

La convention mentionne l'attractivité des métiers comme objectif mais les actions restent très générales ("continuer à valoriser les métiers"). Dans un département rural vieillissant avec des besoins croissants, c'est pourtant un point critique. De même, le vieillissement des accueillants familiaux (51% ont plus de 60 ans) annonce une érosion rapide de cette offre sans plan de renouvellement identifié.