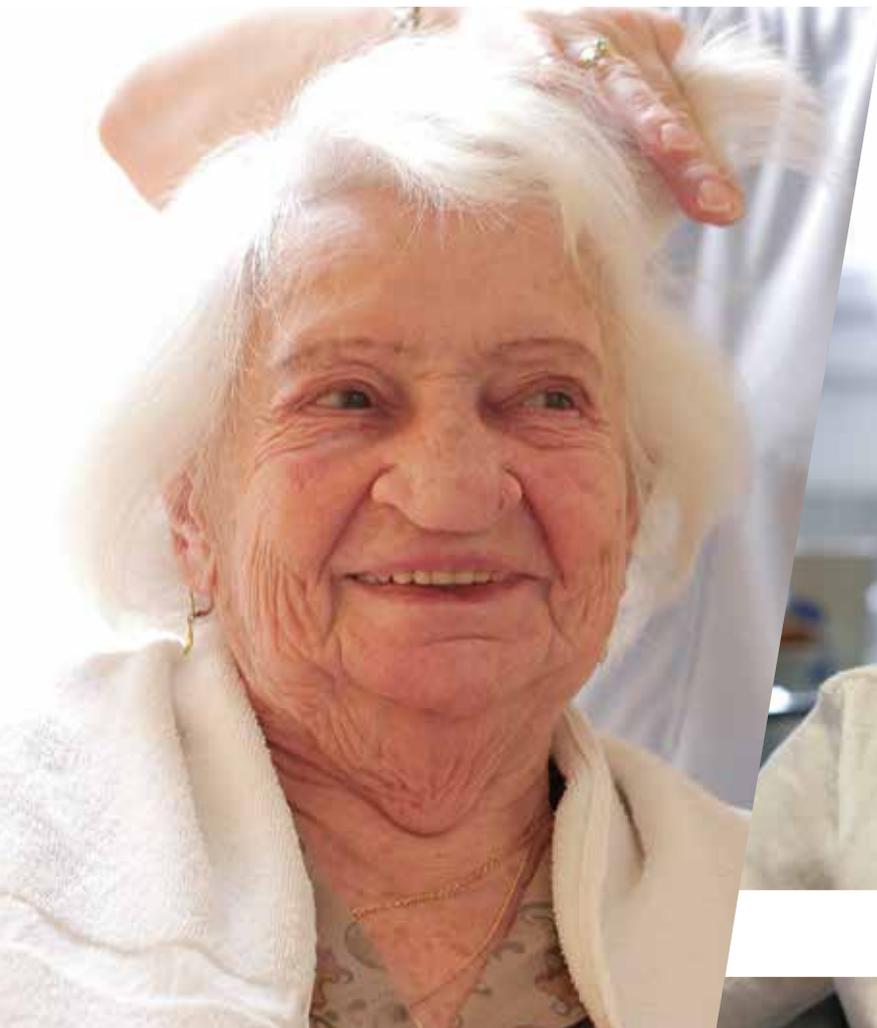


# Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



RAPPORT 2014

10 ans de solidarité  
pour l'autonomie



La CNSA remercie tout particulièrement celles et ceux qui ont accepté de rendre compte, en photos, de leur vie quotidienne à domicile ou en établissement :

Carl, Régis et ses parents; Timothé, sa maman et les professionnels qui l'accompagnent; M<sup>me</sup> Quebra, sa famille, Jean Simalla et Monique Pinsard; Miya; les enfants et les adultes de l'école Gulliver, ainsi que les professionnels du service de soins et d'aide à domicile Les Tout-Petits des Molières (Essonne); Cédric Mametz, président de l'association Nous aussi; les résidents, usagers, personnels et responsables de la maison de retraite AGOS de Claye-Souilly (Seine-et-Marne); du foyer d'accueil médicalisé et de la ferme socio-éducative gérés par l'association La vie devant soi de Lomme (Nord); du SAPHMA géré par l'association Vie et avenir (Paris); du club-house de Paris; de la maison Hélène de Gévezé (Ille-et-Vilaine); de la résidence mutualiste pour personnes âgées Bel Accueil (Maine-et-Loire); du centre d'action médico-sociale précoce de Montrouge (Hauts-de-Seine); des maisons départementales des personnes handicapées du Nord, des Yvelines et du Bas-Rhin et des agences régionales de santé; de l'institut médico-éducatif Cour de Venise (Paris); des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Sainte-Geneviève (Hauts-de-Seine), Le Clos Saint-Jean (Yvelines), Jean-Viollet (Seine-Saint-Denis) et Léon-Grimault (Ille-et-Vilaine); du foyer Bellecombe (Rhône); de trois structures à Guingamp : Plateforme CLIC, Maison du département, Comité de service aux personnes ADSEVEL; l'association d'aide à domicile du canton de Puiseaux – réseau UNA (Loiret).

La CNSA adresse également tous ses remerciements aux membres de son Conseil et de son Conseil scientifique.

**Direction de la publication :** Geneviève Gueydan

**Rédaction :** Lise Burgade

**Coordination :** Florence Condroyer, Carole Jankowski et Pauline Bocquillon

**Conception graphique :** [confluence](#)

**Photos :** William Alix, Jean-Marie Heidinger, Olivier Jobard pour la CNSA

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)



RAPPORT 2014

**Caisse nationale  
de solidarité  
pour l'autonomie**



“ Innovation dans les pratiques et les organisations, recherche d’efficacité, souci de l’équité : voici des principes qui guident l’action de la CNSA. ”



“ Le bilan des préconisations formulées depuis 2006 montre combien elles ont servi d’aiguillon pour orienter les choix de l’État et de la CNSA. ”



À la veille du dixième l'anniversaire de la CNSA, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale s'est penchée pendant toute l'année 2014 sur notre établissement et la mise en œuvre de ses missions. Ses nombreuses auditions avec les partenaires et les anciens protagonistes de la Caisse lui ont permis de constater à quel point cette instance originale, à la fois caisse et agence, était devenue un acteur incontournable du secteur médico-social, au positionnement intermédiaire entre un État stratège et une gestion en proximité des politiques de l'autonomie. La MECSS a pointé les pistes d'amélioration pour l'avenir. Elle a également salué la gouvernance originale et ouverte de la CNSA, lieu de mise en cohérence d'une action publique partagée entre de multiples pôles de décision.

À ce titre, le Conseil de la CNSA a de nouveau démontré, dans le chapitre prospectif du présent rapport, la capacité de ses membres à partager une même vision. Le bilan des préconisations formulées depuis 2006 montre combien elles ont servi d'aiguillon pour orienter les choix de l'État et de la CNSA, en définissant un certain nombre d'exigences, et en rappelant régulièrement l'attachement du Conseil à certains principes comme la participation des personnes, le décloisonnement des politiques, la confiance dans les relations partenariales. En cohérence avec ces préconisations, que le chapitre prospectif rappelle utilement, les compétences de la CNSA ont été progressivement élargies, les moyens dédiés au secteur ont été considérablement accrus, la reconnaissance des proches aidants progresse... Si les évolutions que le Conseil appelle de ses vœux prennent du temps, c'est parce qu'elles sont profondes et ambitieuses.

L'année 2014 a ouvert la voie à de nouveaux chantiers structurants, qui s'inscrivent largement dans les voies stratégiques tracées par ces textes. Le budget 2014 a inclus les premières traductions anticipées du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui a connu

sa première lecture au Parlement, et l'équipe de la Caisse s'est mise en ordre de marche pour être au rendez-vous des nouvelles missions qui lui seront confiées.

La Conférence nationale du handicap de décembre 2014 a lancé de nouveaux chantiers, notamment sur le registre de la réponse accompagnée et des simplifications à apporter aux procédures des MDPH. La CNSA orientera ses travaux avec ses partenaires nationaux et locaux vers le cap ainsi fixé.

Les pages qui suivent montrent aussi l'étendue de l'action au quotidien de la CNSA dans le champ de l'allocation de ressources, de la compensation, de l'évolution de l'offre d'accompagnement comme de la production et de la diffusion de connaissances, toujours en lien étroit avec ses partenaires. L'année 2014 a vu l'installation de 15430 places en établissements et services médico-sociaux, le soutien de 200 établissements au titre du PAI, le lancement du nouveau Schéma handicap rares, la création des premières unités d'enseignement en maternelle, la poursuite de l'outillage des MDPH avec la diffusion d'un guide sur les troubles «dys» et la consécration réglementaire du GEVA-SCo et du projet personnalisé de scolarisation. Les rencontres scientifiques de décembre ont réuni 600 personnes pour échanger autour des travaux de recherche sur les proches aidants, éclairant les politiques publiques.

Une meilleure réponse aux besoins implique de conjuguer différentes exigences : innovation dans les pratiques et les organisations, recherche d'efficacité, souci de l'équité. Voilà des principes qui guident l'action de la CNSA et de son équipe, que le présent rapport entend restituer.

**Paulette Guinchard**, présidente du Conseil de la CNSA  
**Geneviève Gueydan**, directrice de la CNSA

# REPORTAGE





## **Un quatrième centre national de ressources pour accompagner les personnes en situation de handicaps rares**

Régis est accompagné par les professionnels de Fahres, le centre national de ressources pour les handicaps rares à composante épilepsie sévère. Ensemble, ils ont construit le projet de vie de Régis autour de sa passion pour l'équitation.



Page 4  
**ÉDITORIAL**

Page 10  
**PROFIL**  
Trois grandes missions  
pour l'autonomie

Page 12  
**PANORAMA**  
Les chiffres clés  
de l'aide à l'autonomie

Page 14  
**FAITS  
MARQUANTS  
2014**  
Une année de forte  
mobilisation collective

**COG**

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n° 1

Les balises COG renvoient  
aux objectifs prioritaires  
de la convention d'objectifs  
et de gestion 2012-2015  
liant la CNSA à l'État.

**01 GOUVERNANCE**

- 18 Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel  
Le Conseil scientifique de la CNSA  
Le fonctionnement de la CNSA  
Les réseaux de la CNSA :  
partenaires et relais territoriaux

**02 PROSPECTIVE**

- 32 **10 ans de solidarité pour l'autonomie**  
Conseil de la CNSA :  
de la réflexion collective à l'action

**03 BUDGET**

- 72 **Chapitre 1**  
Le budget exécuté en 2014 section par section
- 80 **Chapitre 2**  
Les principales caractéristiques du budget 2014 :  
progression confirmée du taux de consommation  
des crédits

**04 ACTIVITÉ**

- 88 **Chapitre 1**  
**Santé et aide à l'autonomie** : les actions de  
la CNSA pour optimiser les parcours de vie
- 100 **Chapitre 2**  
**L'accompagnement et le soin par les établissements  
et services médico-sociaux** : évolution de l'offre  
et optimisation du pilotage
- 110 **Chapitre 3**  
**Les maisons départementales des personnes  
handicapées** : animer les réseaux de professionnels  
et approfondir la connaissance
- 118 **Chapitre 4**  
**Aides techniques et aides humaines** : une nécessaire  
complémentarité au service du maintien à domicile
- 126 **Chapitre 5**  
**Études, recherche, innovation** :  
développer et diffuser la connaissance

**138 GLOSSAIRE**

Établissement public national créé par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA est à la fois une caisse, une agence et un espace public d'échanges pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle exerce ses missions dans un cadre partenarial et en lien étroit avec les acteurs nationaux et locaux de l'aide à l'autonomie.

# Trois grandes missions pour l'autonomie

---

# 1

## Financer l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

---

La CNSA encaisse la ressource propre que constitue la contribution solidarité autonomie (CSA).

La Caisse gère cette ressource et garantit qu'elle est bien utilisée conformément à son objet.

- Elle alloue des ressources aux vingt-six agences régionales de santé (ARS). Il s'agit de l'objectif global de dépenses (OGD), composé d'une partie de ses ressources propres et de l'enveloppe médico-sociale de l'Assurance maladie votée par le Parlement. L'OGD finance les établissements et services médico-sociaux.
- Elle concourt au développement des lieux d'accueil des personnes âgées et handicapées en établissements et des services d'accompagnement par des plans annuels d'aide à l'investissement (rénovation, modernisation,

création ou agrandissement d'établissements), ainsi que par le soutien à l'amélioration des pratiques professionnelles et à la formation des professionnels (conventions avec les organismes paritaires collecteurs agréés du secteur médico-social).

- Elle compense une partie des dépenses des conseils départementaux liées aux prestations individuelles versées aux personnes âgées et handicapées (l'allocation personnalisée d'autonomie – APA – et la prestation de compensation du handicap – PCH) et aux coûts de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, guichets

uniques départementaux pour les personnes en situation de handicap).

- Elle apporte un soutien financier à la modernisation et à la professionnalisation des services de l'aide à domicile, soit en cofinçant des plans d'action départementaux pilotés par les conseils départementaux, soit en subventionnant les grandes fédérations nationales.
- Ce rôle de caisse s'accompagne d'une exigence de suivi rigoureux de la dépense, qui passe nécessairement par des outils de pilotage robustes : c'est l'objet des chantiers de systèmes d'information menés par la CNSA en lien avec les ARS et les MDPH.

---

## Une gouvernance originale

L'originalité principale de la CNSA réside dans sa gouvernance spécifique : la composition plurielle et le rôle de son Conseil, véritable « parlement » du secteur médico-social. Dotée d'un budget dynamique (évolution de +50 % pendant les sept premières années d'existence de la Caisse) et d'une équipe riche de sa diversité, la CNSA constitue un opérateur central des politiques d'aide à l'autonomie.

---

## 2 Renforcer l'équité de traitement sur tout le territoire, quels que soient l'âge et le type de handicap

La CNSA apporte un appui technique aux acteurs locaux et agit comme un lieu d'échange et de convergence des pratiques, favorisant ainsi l'harmonisation de celles-ci sur le territoire national.

- Elle travaille étroitement avec les agences régionales de santé, lesquelles s'appuient sur l'expertise et les recommandations de la CNSA.
- Dans le cadre de conventions signées avec les conseils départementaux, elle propose un soutien technique et juridique aux professionnels des MDPH (échanges d'informations, travaux collectifs d'élaboration d'outils communs et de capitalisation, accompagnement et suivi d'expérimentations, diffusion de bonnes pratiques).
- Elle assure le pilotage national de la généralisation de la méthode MAIA, qui vise une meilleure articulation des différents acteurs au service des personnes âgées sur un territoire.
- Au niveau national, elle porte le Schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013 et 2014-2018).

## 3 Assurer une mission d'expertise, d'information et de soutien à la recherche et à l'innovation

Elle développe l'innovation et la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie (appels à projets de recherche, soutien de projets d'étude ou d'actions innovantes par le biais de subventions directes).

- Elle contribue aux différents plans de santé publique (plan Cancer, plan Maladies rares, plan Autisme...), facilite l'articulation entre les MDPH et les acteurs du secteur sanitaire (hôpitaux, professionnels libéraux...) et organise les ressources locales pour une meilleure efficacité au service des personnes.
- Elle appuie les MDPH dans leur rôle d'évaluation des besoins en aides techniques (produits, équipements ou instruments conçus pour compenser le handicap) et d'attribution de la prestation de compensation.

## Une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG), dont la Direction générale de la cohésion sociale assure le pilotage pour le compte de l'État. La COG en vigueur a été signée en avril 2012 pour une période de quatre ans (2012-2015). Elle est disponible sur le site de la CNSA.

Les objectifs prioritaires sont de :

- assurer un suivi fin de la réalisation de l'objectif global de dépenses (OGD) ;
- mettre en œuvre une politique de développement de l'efficience (gestion du risque dans le champ de la sécurité sociale) ;
- structurer les échanges avec les ARS, en appui de la programmation et de la gestion des campagnes budgétaires ;
- développer la connaissance relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap et renforcer l'équité d'accès à ces prestations ;
- concourir à l'harmonisation des pratiques des MDPH, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans personnalisés de compensation, et améliorer la remontée d'informations et de données ;
- renforcer l'efficience des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile ;
- développer l'efficience interne de la Caisse.

# 22,8 Md€

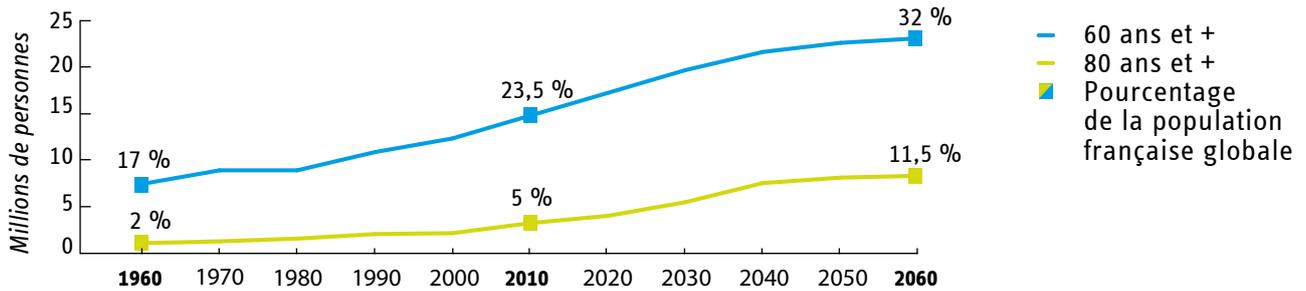
C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2015, soit + 63 % entre 2006 et 2015.

C'est aussi :

- l'équivalent de 32 % du rendement annuel de l'impôt sur le revenu ;
- 1 % du produit intérieur brut de la France ;
- 9 % des dépenses de santé (selon l'IRDES, en 2013, le montant des dépenses de santé s'élève à 247,7 milliards d'euros).

De 2010 à 2060, la population française augmenterait de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions d'habitants. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions de personnes, soit plus de 11 % de l'ensemble de la population contre 5 % aujourd'hui.

## \* Vieillesse de la population française



Source: INSEE 2011.

## \* Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 2000 et 2012



Source: Eurostat 2014.

# + 60 %

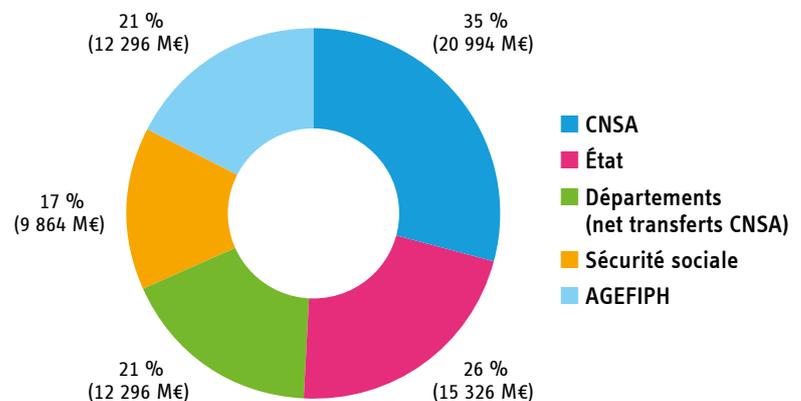
C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2014. Il atteint 17,5 milliards d'euros en 2014.

Source: LFSS 2015.

# 22,818 Md€

C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2015, soit +61 % entre 2006 et 2015.

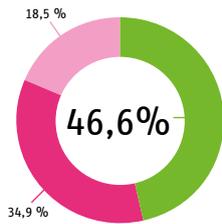
## \* Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2013



Source: PLFSS 2015.

# Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

46,6 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes se trouvent dans des établissements publics, 34,9 % dans des établissements privés à but non lucratif et 18,5 % dans des établissements privés à but lucratif.



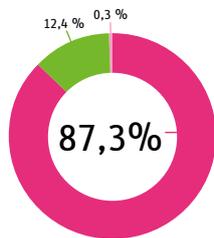
Source: Finess, janvier 2015.

## 18 008

C'est le nombre d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) en France accueillant ou accompagnant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées.

Source: Statiss 2014.

87,3 % des places pour personnes handicapées dans des établissements financés au moins en partie par l'Assurance maladie appartiennent au secteur privé non lucratif, 12,4 % au secteur public et 0,3 % au secteur privé commercial.



Source: Finess, janvier 2015.

## 172 000

personnes ont été payées au titre de la PCH par les conseils départementaux en décembre 2014.

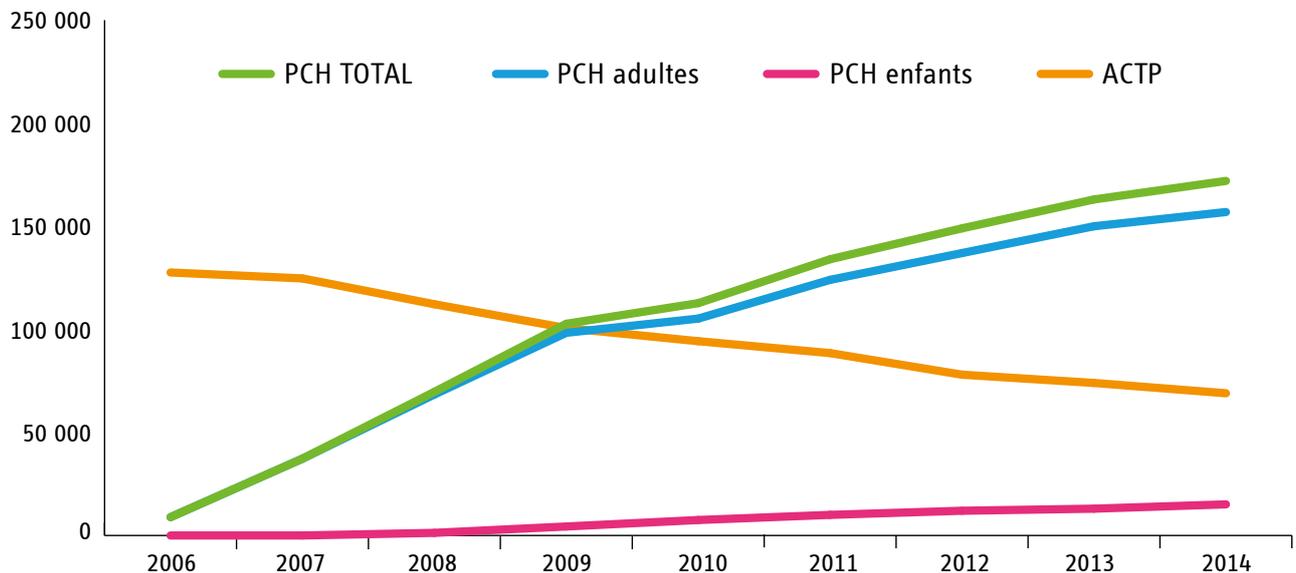
Source: DREES, enquête trimestrielle PCH auprès des conseils départementaux.

## 1 218 740

C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2013, dont 715 180 à domicile et 503 560 en établissement.

Source: DREES, enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2013.

### \* Évolution 2006-2014 du nombre d'allocataires de la PCH et de l'ACTP



Source: DREES, enquête trimestrielle.

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été introduite en 2006 pour remplacer progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). La PCH enfant a démarré en 2008. La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) verse l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), destinée à soutenir les personnes assurant la charge d'un enfant en situation de handicap.

## JANVIER

### Personnes en situation critique

#### Installation de la cellule nationale d'appui à la CNSA



Conformément à la circulaire du 22 novembre 2013, la CNSA a accompagné la mise en place de commissions départementales et régionales dédiées à la recherche de solutions pour les situations dites « critiques ». Elle a installé en son sein une cellule assurant une mission d'appui opérationnel sur la gestion des situations remontées par les ARS et une mission d'analyse et de diffusion des bonnes pratiques.

Page 89

## JANVIER

### Plan d'aide à l'investissement

#### Déconcentration de la gestion des crédits vers les ARS

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015 qui lie la CNSA à l'État prévoit de passer d'une gestion centralisée du plan d'aide à l'investissement (PAI) des établissements médico-sociaux par la CNSA à une gestion déconcentrée par les agences régionales de santé. Ce changement a été opéré en janvier pour le PAI 2014 et les suivants. Les ARS, qui bénéficient désormais d'un pouvoir de décision renforcé, contractent directement avec les promoteurs et leur versent la subvention. La CNSA conserve une responsabilité globale de programmation et de suivi de la consommation des crédits. La simplification du processus doit améliorer les délais d'instruction et de paiement.

Page 105

## JANVIER

### Isolement des personnes âgées

#### Lancement de la mobilisation nationale (Monalisa)



L'association Monalisa, née de l'initiative d'un large collectif d'associations soutenu par les pouvoirs publics sous l'impulsion du ministre délégué aux Personnes âgées et à l'Autonomie, a lancé le 27 janvier 2014 la « mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées ». Réunissant bénévoles, associations et institutions, ce mouvement est coordonné par l'équipe de l'association au niveau national, à laquelle la CNSA apporte un soutien financier sur la section V de son budget pour la phase de lancement et de structuration de la démarche.

Page 126

## Une année de forte mobilisation collective

## MARS

### Conseil scientifique

#### Renouvellement d'une partie de ses membres



Le mandat du Conseil scientifique de la CNSA arrivant à échéance en mars 2014, sa composition a été en partie renouvelée par un arrêté ministériel nommant les experts membres de ce Conseil. Ceux-ci siègent aux côtés de membres institutionnels, désignés par les organismes qu'ils représentent. Le Conseil scientifique reste présidé par Marie-Ève Joël, économiste. Jean-Yves Barreyre, sociologue, en assure la vice-présidence.

Page 22

## JUIN

### « Zéro sans solution »

#### Publication du rapport de Denis Piveteau relatif aux parcours des personnes en situation de handicap

Comment répondre à notre « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » ? Denis Piveteau, conseiller d'État et premier directeur de la CNSA, s'est vu confier une mission pour proposer des mesures dans ce sens. Les travaux de réflexion et de concertation, auxquels la CNSA a contribué, ont abouti à des propositions concrètes porteuses d'évolutions pour les MDPH et les établissements et services médico-sociaux, ainsi que dans les modalités d'accompagnement des personnes et de collaboration entre professionnels de différents secteurs. La mise en œuvre de ces propositions a été actée par la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014. La CNSA y est étroitement associée.

Page 91

## JUILLET

### Systèmes d'information des MDPH

#### Première réunion du Comité d'orientation stratégique du projet « SI MDPH »



Après une année 2013 consacrée à l'audit du système d'information des MDPH et à l'analyse des difficultés rencontrées pour créer un système

d'information partagé remontant des données automatiquement à la CNSA, l'année 2014 a vu l'installation d'une nouvelle gouvernance de projet destinée à piloter les travaux d'étude préalable et de réalisation d'un système d'information (SI) commun pour les MDPH. Le comité d'orientation stratégique réunit l'ensemble des parties prenantes, dont les conseils départementaux et les MDPH, et prend les arbitrages nécessaires au bon avancement du projet.

Page 116

## SEPTEMBRE

### Autisme

#### Une journée pour favoriser la collaboration entre centres de ressources et MDPH



L'atteinte des objectifs fixés par le plan Autisme dépend de l'étroite collaboration entre les MDPH ainsi que de nombreux acteurs de terrain, comme les centres de ressources autisme (CRA), MDPH et CRA se sont réunis à

l'initiative de la CNSA le 23 septembre pour une journée d'échanges sur leurs pratiques de collaboration.

Au programme, le recueil et l'exploitation des informations utiles à l'évaluation des situations et la coconstruction de réponses adaptées.

Page 95

## NOVEMBRE

### Proches aidants

#### 600 personnes réunies lors des rencontres scientifiques de la CNSA



Les troisièmes Rencontres scientifiques de la CNSA ont rassemblé professionnels, chercheurs, décideurs, aidants et

associations autour de la thématique de l'aide informelle apportée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Ces journées ont permis de faire le point sur les travaux scientifiques existants, en France et à l'étranger, contribuant à ouvrir de nouvelles perspectives pour la CNSA, qui a déjà financé et continue de soutenir des recherches, des formations et des actions d'aide aux aidants de personnes âgées et de personnes handicapées.

Page 130

## NOVEMBRE

### CREAI

#### Signature de la convention pluriannuelle d'objectifs avec l'Association nationale des CREAI



La DGCS et la CNSA ont conclu une convention de partenariat d'une durée de trois ans avec l'Association

nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI). Son objectif est de renforcer et de mieux structurer les contributions du réseau des CREAI à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques sociales et médico-sociales. L'Association nationale sera renforcée dans son rôle de tête de réseau pour permettre une montée en compétence de l'ensemble des CREAI et une plus grande cohérence des travaux qu'ils mènent.

Page 100

## DÉCEMBRE

### Troubles « Dys »



#### Publication du guide d'appui aux pratiques

La CNSA a élaboré un guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques

du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages, avec l'aide d'un comité composé de professionnels aux compétences variées et de représentants d'utilisateurs et de leurs familles. Ce guide est destiné aux équipes pluridisciplinaires des MDPH et à leurs partenaires, ceux qui accompagnent la personne handicapée ou interviennent auprès d'elle. Il doit permettre une convergence de leurs points de vue, à la fois par une meilleure connaissance des troubles et des besoins de compensation et par une compréhension partagée du rôle de la MDPH.

Page 114

## DÉCEMBRE

### Conférence nationale du handicap

#### Participation de la CNSA à ce temps fort de la politique du handicap



La Conférence nationale du handicap, qui se réunit tous les trois ans afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées, s'est tenue le 11 décembre. Présidée par le président de la République, elle a permis de faire un point d'étape sur les soixante et onze mesures actées par le premier Comité interministériel du handicap (25 septembre 2013). Quatre forums thématiques en région ont précédé la conférence. La CNSA a pris part à ces travaux et contribue à mettre en œuvre la feuille de route annoncée.

Page 56





**Le Conseil de la CNSA,  
singulier et pluriel**

page 18

**Le Conseil scientifique  
de la CNSA**

page 22

**Le fonctionnement  
de la CNSA**

page 23

**Les réseaux de  
la CNSA : partenaires  
et relais territoriaux**

page 28

# 01

## GOUVERNANCE

L'une des marques de fabrique de la CNSA est son mode de gouvernance et la composition plurielle et originale de son Conseil. Cette diversité caractérise également son équipe, constituée de professionnels d'origines variées. Son cadre d'action est fixé pour quatre ans dans la convention d'objectifs et de gestion qu'elle a signée avec l'État en 2012.

# Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel

**Le Conseil est un organe de gouvernance qui a deux spécificités par rapport aux modèles traditionnels de conseil d'administration d'établissement public.**



## La mixité de sa composition

Le Conseil rassemble les partenaires sociaux, confédérations syndicales de salariés et organisations d'employeurs représentatives, mais aussi des représentants des associations de personnes âgées et de personnes handicapées ainsi que des institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse. L'État, les conseils départementaux et les parlementaires sont également représentés. Enfin, trois personnalités qualifiées désignées par le gouvernement portent à quarante-huit le nombre de ses membres.

Du fait de cette organisation, le Conseil a un double rôle. Comme un organe de gouvernance classique, il arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la Caisse dans le cadre de la convention qui la lie à l'État (COG). Mais il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects de la politique d'aide à l'autonomie, qui prend forme notamment dans le rapport annuel remis au Parlement et au gouvernement. Ce rapport dresse un diagnostic d'ensemble et comporte toute recommandation que la Caisse estime nécessaire.

## La pondération des votes en son sein

L'État, avec ses dix représentants, dispose de trente-sept voix sur un total de quarante-trois. Il n'a donc pas de majorité automatique. Cette volonté de partager la mise en œuvre de la politique de compensation de la perte d'autonomie avec l'ensemble des acteurs concernés est marquée par les circonstances de la naissance de la CNSA : la canicule de l'été 2003 et le sentiment que la situation des personnes âgées ou handicapées nécessitait un effort partagé de l'ensemble de la nation. C'est aussi la traduction de l'histoire d'un secteur médico-social largement organisé autour de délégations de service public à des associations qui en ont été les acteurs premiers, en particulier pour ce qui concerne les personnes handicapées.

# Composition du Conseil au 27 mars 2015



## Représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ainsi que leurs six suppléants

**Jean-Louis Garcia**

Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés  
**Suppléante : Régine Clément**

Fédération des associations d'étude pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21

**Alain Rochon**

Association des paralysés de France  
**Suppléante : Mathilde Fuchs**  
Coordination handicap et autonomie

**Philippe Charrier**

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

**Suppléant : Jacques Ravaut**

Fédération des associations, groupements et établissements pour la réadaptation des personnes en situation de handicap

**Christel Prado**

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

**Suppléante : Danièle Langlois**

Autisme France

**Christophe Duguet**

Association française contre les myopathies

**Suppléant : Vincent Michel**

Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes

**Arnaud de Broca**

Fédération nationale des accidentés de la vie

**Suppléant : Didier Voïta**

Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif



## Représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ainsi que leurs six suppléants

**Sylvain Denis**

Fédération nationale des associations de retraités et préretraités

**Suppléant : Pierre Erbs**

Génération Mouvement – fédération nationale

**Pascal Champvert**

Association des directeurs au service des personnes âgées

**Suppléant : Didier Sapy**

Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées

**Francis Contis**

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

**Suppléant : Thierry d'Aboville**

Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural

**Benoît Jayez**

Union confédérale Force ouvrière des retraités et des préretraités

**Suppléant : François Ferraguti**

Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat

**Marie-Odile Desana**

Association France Alzheimer et maladies apparentées

**Suppléant : Jean de Gaullier**

Adessadomicile – fédération nationale

**Serge Reingewirtz**

Syndicat national de gérontologie clinique

**Suppléant : Claudy Jarry**

Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées



## Représentants des conseils départementaux, ainsi que leurs six suppléants, désignés par l'Assemblée des départements de France

**Vincent Descœur**

Président du conseil départemental du Cantal

**Suppléant : Bruno Belin**

1<sup>er</sup> vice-président du conseil départemental de la Vienne

**Bernard Cazeau**

Sénateur, président du conseil départemental de la Dordogne

**Suppléante : Marie-Françoise Lacarin**

Vice-présidente du conseil départemental de l'Allier

**Yves Daudigny**

Président du conseil départemental de l'Aisne

**Suppléante : Marie-Françoise Lacarin**

Vice-présidente du conseil départemental de l'Allier

**Jérôme Guedj**

Président du conseil départemental de l'Essonne

**Suppléant : Gérard Mauduit**

Vice-président du conseil départemental de Loire-Atlantique

**Gérard Roche**

Président du conseil départemental de Haute-Loire

**Suppléant : Guy Jacquey**

Vice-président du conseil départemental du Haut-Rhin

**Pascal Terrasse**

Député et conseiller général de l'Ardèche

**Suppléant(e) en attente de désignation par l'ADF**

## Composition du Conseil (suite)



5

### Représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et leurs cinq suppléants

**Sylviane Spique**  
Confédération générale du travail (CGT)  
Suppléante : Solange Fasoli

**Dominique Fabre**  
Confédération française démocratique du travail (CFDT)  
Suppléante : Martine Dechamp

**Jean-Marc Bilquez**  
Force ouvrière (FO)  
Suppléant : Paul Virey

**Thierry Gayot**  
Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)  
Suppléant : Jean-Pierre Samurot

**Patrice Malleron**  
Confédération générale des cadres (CFE-CGC)  
Suppléant : Jean-Baptiste Plarier



3

### Représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives et leurs trois suppléants

**Dominique Lery**  
Mouvement des entreprises de France (MEDEF)  
Suppléante : Agnès Canarelli

**Christian Junik**  
Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)  
Suppléant : Antoine Fraysse

**Jean-Louis Maître**  
Union professionnelle artisanale (UPA)  
Suppléante : Anne Novak-André



10

### Représentants de l'État

**Sabine Fourcade**  
Directrice générale de la cohésion sociale

**Thomas Fatome**  
Directeur de la sécurité sociale

**Denis Morin**  
Directeur du budget

**Florence Robine**  
Directeur de l'enseignement scolaire

**Emmanuelle Wargon**  
Déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

**Jean Debeaupuis**  
Directeur général de l'organisation des soins

**Benoît Vallet**  
Directeur général de la santé

**Pierre Ricordeau**  
Secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales

**Serge Morvan**  
Directeur général des collectivités locales

**Agnès Marie-Égyptienne**  
Secrétaire générale du Comité interministériel du handicap



2

### Parlementaires

**Martine Pinville**  
Députée de la Charente

**René-Paul Savary**  
Sénateur de la Marne



7

### Représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse et leurs sept suppléants

**Michelle Dange**  
Fédération nationale de la mutualité  
française (FNMF)  
**Suppléant: Olivier Bachellery**

**Johan Priou**  
Union nationale interfédérale  
des œuvres et organismes privés  
sanitaires et sociaux (UNIOPSS)  
**Suppléant: Laurent Thévenin**

**Christian Möller**  
Fédération hospitalière de France (FHF)  
**Suppléant(e): en attente de nouvelle  
désignation**

**Adeline Leberche**  
Fédération des établissements  
hospitaliers et d'assistance privés  
à but non lucratif (FEHAP)  
**Suppléant: David Causse**

**Gérard Pelhate**  
Mutualité sociale agricole (MSA)  
**Suppléant: Jean-François Belliard**

**Florence Arnaiz-Maumé**  
Syndicat national des établissements et  
résidences privées pour personnes âgées  
(SYNERPA)  
**Suppléant: Éric Fregona**

**Joëlle Martinaux**  
Union nationale des centres communaux  
d'action sociale (UNCASS)  
**Suppléant: Christophe Piteux**



3

### Personnalités qualifiées

**Paulette Guinchard**  
Ancienne députée et secrétaire d'État  
chargée des Personnes âgées,  
**présidente du Conseil de la CNSA**

**Pénélope Komitès**  
Conseillère technique chargée de l'action  
sociale et médico-sociale, du handicap,  
de la santé et des formations sanitaires  
et sociales auprès du président  
du conseil régional d'Île-de-France

**Bruno Vellas**  
Chef de service du département  
de médecine interne et de gériatrie  
du CHU de Toulouse et coordonnateur  
du Gérontopôle

# Le Conseil scientifique de la CNSA

## Rôle du Conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA est chargé de formuler des avis sur les questions d'ordre scientifique ou technique dont il est saisi par le directeur. Il a un rôle d'orientation de l'action scientifique de la Caisse. Il se réunit trois fois par an. L'avis du Conseil scientifique, issu de ses travaux de l'année 2014, est intégré au chapitre 5 de la partie « Activité » du présent rapport.

## Composition du Conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA a été renouvelé en 2014. Par arrêté du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, de la secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité et de la secrétaire d'État chargée des Aînés en date du 24 mars 2014, sont nommés au Conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en qualité d'experts :

### Dominique Argoud

Sociologue à l'université Paris 12, directeur adjoint de l'UFR SESS-STAPS, maître de conférences en sciences de l'éducation

### Amaria Baghdadi

Professeur des universités – praticien hospitalier, responsable du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents du CHU de Montpellier

### Jean-Yves Barreyre

Sociologue, directeur du CEDIAS (Centre d'étude, documentation, information et action sociale) et de la délégation ANCREAI Île-de-France (vice-président du Conseil scientifique)

### Sylvie Bonin Guillaume

Professeur des universités – praticien hospitalier en gériopsychiatrie à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (APHM)

### Christine Cans

Épidémiologiste, directrice du registre des handicaps de l'enfant de l'Isère

### Anne Caron-Dégli

Magistrate chargée de la protection des majeurs à la cour d'appel de Paris

### Pierre-Marie Chapon

Géographe de la santé, professeur à l'université Lyon 2

### Alain Grand

Professeur des universités – praticien hospitalier, chercheur en santé publique et sociologie, épidémiologie et sociologie du vieillissement à Toulouse

### Marie-Ève Joël

Professeur de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine, directrice du LEGOS (Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé) (présidente du Conseil scientifique)

### Alain Leplège

Professeur des universités, département Histoire et philosophie des sciences, université Paris 7 - Denis-Diderot, chercheur statutaire et directeur adjoint des REHSEIS (Recherches épistémologiques et historiques sur

les sciences exactes et les institutions scientifiques), université Paris 7

### Régine Scelles

Professeur de psychopathologie, université de Rouen, directrice adjointe du laboratoire Psy-NCA EA 4700, directrice adjointe de l'école doctorale HSRT ED 556, déléguée scientifique AERES

### Hélène Xuan

Économiste, directrice scientifique de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »

## Membres représentant un ministère ou un organisme :

### Meriam Barhouni

Adjointe au chef du département Métiers et qualifications, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), représentant le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

### Martine Bungener

Déléguée scientifique auprès de l'Institut des sciences biologiques au CNRS

### Emmanuelle Cambois

Démographe, représentant l'INED

### Didier Charlanne

Directeur de l'ANESM

### Régis Gonthier

Médecin PU-PH, médecine interne et gériatrie, faculté de médecine de Saint-Étienne, représentant la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)

### Sandrine Lair

Chef du bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves handicapés, représentant le ministère de l'Éducation nationale

### Jacques Pélissier

Chef du service de médecine physique et de réadaptation (CHU de Nîmes), représentant la SOFMER

### Magda Tomasini

Représentant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – ministère de la Santé)

### Isabelle Ville

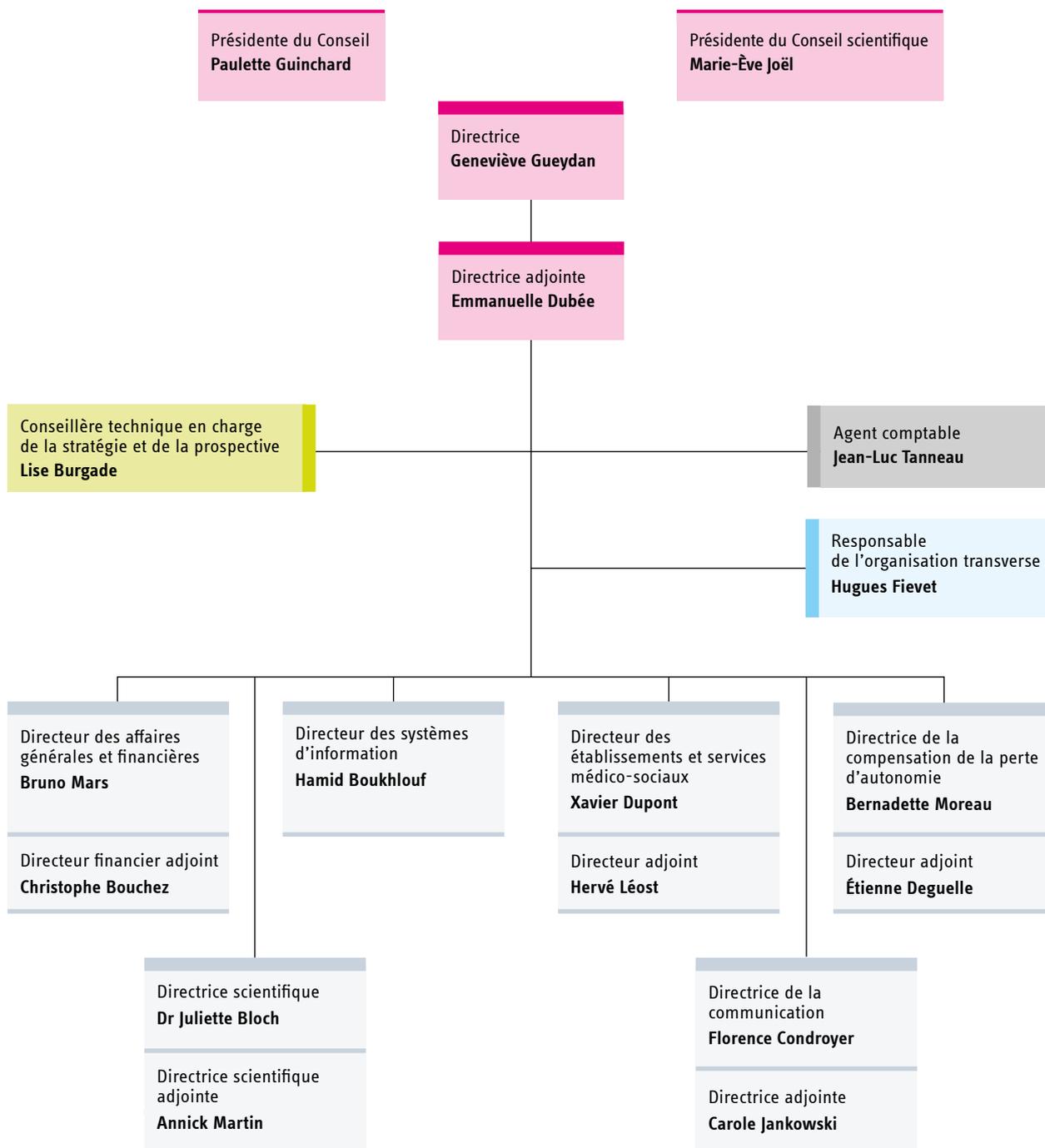
Psychosociologue, représentant l'INSERM

### En cours de nomination

Représentant le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (Direction générale de la recherche et de l'innovation)

# Le fonctionnement de la CNSA

L'organisation de la CNSA (organigramme au 31 décembre 2014)



L'organigramme des directions de la CNSA est mis à jour en temps réel sur son site Internet (rubrique « CNSA, l'équipe »).

## Les missions des directions de la Caisse

Pour exercer ses missions, la CNSA est composée de six directions, rattachées à la Direction générale, et d'une agence comptable.

Geneviève Gueydan a pris ses fonctions le 4 août 2014 en tant que directrice de la CNSA, en remplacement de Luc Allaire.

L'équipe de direction de la CNSA a en outre accueilli Jean-Luc Tanneau, agent comptable, en remplacement de Régine Latrille.

### La direction scientifique

Au-delà de sa mission d'accompagnement de la structuration et de soutien aux milieux de la recherche sur le handicap, elle anime la politique de soutien aux études, la recherche et les actions innovantes financées par la section V du budget de la Caisse.

Elle apporte son expertise à différents projets des directions métiers. Elle copilote avec la Direction générale un plan d'action visant une montée en compétence de la Caisse sur l'évaluation des politiques publiques.

### La direction des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Cette direction est responsable :

- de l'allocation budgétaire aux établissements et services médico-sociaux. Elle assure la gestion et le suivi des campagnes budgétaires ;
- des méthodes de programmation de ces établissements et services ;
- du suivi de la consommation des crédits et de l'évolution de l'offre médico-sociale ;
- des analyses et de la prospective financière ;
- du dialogue de gestion avec les agences régionales de santé (ARS) sur la programmation médico-sociale et l'allocation des ressources aux établissements et services.

### La direction de la compensation de la perte d'autonomie

Cette direction met en œuvre, en lien avec les administrations centrales et les acteurs

nationaux, les missions dévolues à la CNSA pour assurer un appui aux acteurs de terrain afin de mettre en place la politique d'accompagnement des personnes âgées (vie quotidienne) et des personnes en situation de handicap (vie quotidienne, scolarisation, emploi...) dans un objectif d'équité de traitement, et de jouer un rôle d'expertise auprès des acteurs nationaux.

Elle est chargée :

- de l'animation du réseau des MDPH, de l'échange de bonnes pratiques et de la recherche d'équité territoriale ;
- de l'expertise dans le domaine des référentiels, barèmes et méthodes d'évaluation du handicap et de la perte d'autonomie ;
- de l'information et du conseil sur les aides techniques ainsi que de la contribution à l'évaluation de ces aides et à la qualité des conditions de leur distribution. À ce titre, elle représente la CNSA au Comité économique des produits de santé (CEPS) ;
- du suivi des indicateurs de qualité de service (conventions avec les conseils départementaux).

Son organisation a évolué à la fin de 2014 dans le contexte de l'extension prochaine des missions de la CNSA dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. La structuration retenue repose sur une approche métier, la direction étant désormais organisée autour de deux pôles, l'un assurant le travail d'appui aux acteurs de terrain et d'expertise métier, l'autre chargé des partenariats institutionnels avec les MDPH et les conseils départementaux principalement. Deux missions transverses sont chargées respectivement de l'analyse statistique et de la maîtrise d'ouvrage des projets informatiques.

### La direction des affaires générales et financières (DAGF)

La DAGF est issue de la fusion de la direction des affaires générales et de la direction financière, intervenue en 2013.

Elle est chargée d'une part de la coordination budgétaire et financière. Elle assure la préparation et l'exécution du budget ainsi que la clôture des comptes. Elle est chargée de la comptabilité de l'ordonnateur.

À ce titre :

- elle ordonnance les dépenses et établit les titres de recettes ;
- elle gère le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans les établissements et services médico-sociaux (gestion de l'OGD) ;
- elle gère les concours versés par la Caisse aux départements (APA, PCH, MDPH) ;
- elle gère les subventions accordées au titre des sections IV et V du budget.

Elle réalise des documents d'analyse et de synthèse budgétaire et financière en liaison avec les autres directions et assure la cohérence des études économiques et statistiques qui y concourent.

Elle est responsable du contrôle interne de la Caisse et, avec l'agence comptable, de la certification des comptes.

Elle assure le suivi de la trésorerie et procède au placement des excédents de trésorerie.

Cette direction est chargée d'autre part de l'administration générale.

Elle est responsable de :

- la mise en œuvre, en liaison avec les autres directions, des politiques de gestion individuelle et collective du personnel ;
- la gestion de l'appui logistique à l'ensemble des directions ;
- la conformité à la réglementation de la commande publique des commandes passées par la Caisse.

L'équipe de la DAGF a été mobilisée en 2014 par l'intégration de nouveaux effectifs et le réaménagement des locaux de la Caisse. Elle a également réalisé les travaux préparatoires à une refonte de la politique sociale de l'établissement en direction de ses agents.

### L'agence comptable (AC)

L'agence comptable de la CNSA exerce les missions suivantes :

- contrôle, exécution et comptabilisation des recettes et dépenses ;
- participation au comité de trésorerie et comptabilisation des opérations ;
- maniement des fonds et tenue des comptes de disponibilités ;

- élaboration du compte financier et reddition des comptes ;
- conseil auprès de l'ordonnateur en matière financière et comptable.

### La direction de l'information et de la communication

Elle conçoit et met en œuvre la politique de communication de la Caisse.

Elle est responsable de la communication externe de la Caisse et de sa communication institutionnelle, en appui des missions des directions métiers.



À cette fin :

- elle conçoit et diffuse des supports d'information et assure la production éditoriale des publications de la CNSA à destination des réseaux de professionnels ;
- elle est responsable de l'animation éditoriale des sites Internet et Extranet ;
- elle vient en appui des autres directions dans la mise en œuvre d'actions de communication ;
- elle coordonne ou assure la communication à l'occasion des manifestations extérieures que la Caisse organise ou auxquelles elle participe ;
- elle est chargée des relations avec les médias.

Elle contribue également à la veille documentaire de la CNSA, constitue et gère le fonds documentaire. Elle est responsable de la conception et de la mise en œuvre de la charte graphique.



Son activité 2014, détaillée davantage dans la partie « Activité » du présent rapport, est marquée par une intense mobilisation pour la refonte du site Internet de la CNSA et la réalisation d'un portail d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs aidants. Deux chantiers très importants dont les résultats ne seront visibles par tous qu'en 2015.

#### La direction des systèmes d'information (DSI)

La DSI met en œuvre la politique de la CNSA en matière de systèmes d'information, dont les orientations sont fixées dans son schéma directeur.

Elle développe et met à disposition les systèmes d'information et de télécommunication permettant l'échange d'informations avec les agences régionales de santé (ARS), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les services des collectivités territoriales et locales.

Les principales missions confiées à la DSI consistent à :

- établir, mettre en application et piloter le schéma directeur des systèmes d'information (SI) ;
- définir et mettre en œuvre la politique de sécurité des SI ;
- conduire des études d'avant-projet ou participer aux études dans le domaine de SI transverses ;
- accompagner les maîtrises d'ouvrage ;
- concevoir, développer, déployer et maintenir des applications ;
- mettre en œuvre, maintenir et gérer le parc d'infrastructure bureautique, systèmes, réseaux et télécommunications nécessaire au fonctionnement de la CNSA ;
- apporter un support aux utilisateurs.

En 2014, la DSI a finalisé et mis en place une gouvernance du schéma directeur des systèmes d'information de la CNSA et défini la politique de sécurité des systèmes d'information appliquée à la CNSA.



Elle a poursuivi ses travaux de fiabilisation des infrastructures (stockage, sauvegarde...) et de développement de nouveaux services aux agents de la CNSA (notamment visioconférence et Web-conférence, outil de passation des marchés publics, photothèque).

Enfin, elle a poursuivi sa participation à la gouvernance des systèmes d'information du champ de l'autonomie.

Son intervention dans les projets « SI métier » est relatée dans la partie « Activité » du présent rapport.

### **Le personnel de la CNSA**

Pour l'année 2014, le plafond d'emploi de la CNSA correspondait à 114,20 équivalents temps-plein (ETP).

Au 31 décembre 2014, soixante-quatorze personnes étaient embauchées en CDI sous contrat de droit privé relevant de la convention

UCANSS, vingt-deux étaient des agents détachés des trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière) et douze étaient des agents embauchés en CDD sous contrat de droit public.

L'équipe de la CNSA est très féminisée. En effet, au 31 décembre 2014, les femmes représentaient 66,66 % de la population totale. La moyenne d'âge était de 43,36 ans pour les hommes et de 41,71 ans pour les femmes.

Tout au long de l'année 2014, la CNSA a accueilli cinq stagiaires au sein des directions métiers et supports.

À la fin d'année 2014, la CNSA employait trois travailleurs reconnus handicapés.

## Les réseaux de la CNSA : partenaires et relais territoriaux

Originalité par rapport aux caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA est une caisse sans réseau territorial propre.

Elle agit localement au travers d'acteurs sur lesquels elle n'a pas d'autorité hiérarchique. Vis-à-vis de ces réseaux, la Caisse a une double fonction de financement – elle leur répartit l'essentiel des moyens de son budget – et d'animation – elle garantit l'efficacité et l'équité dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Cette organisation unique est une force, même si la CNSA ne maîtrise pas les moyens déployés par les réseaux dans le cadre de ses missions. Cette situation l'encourage en effet à se positionner comme offreuse de services : elle gagne sa légitimité parce que les acteurs de terrain sont convaincus de ce qu'elle leur apporte.



### Les agences régionales de santé

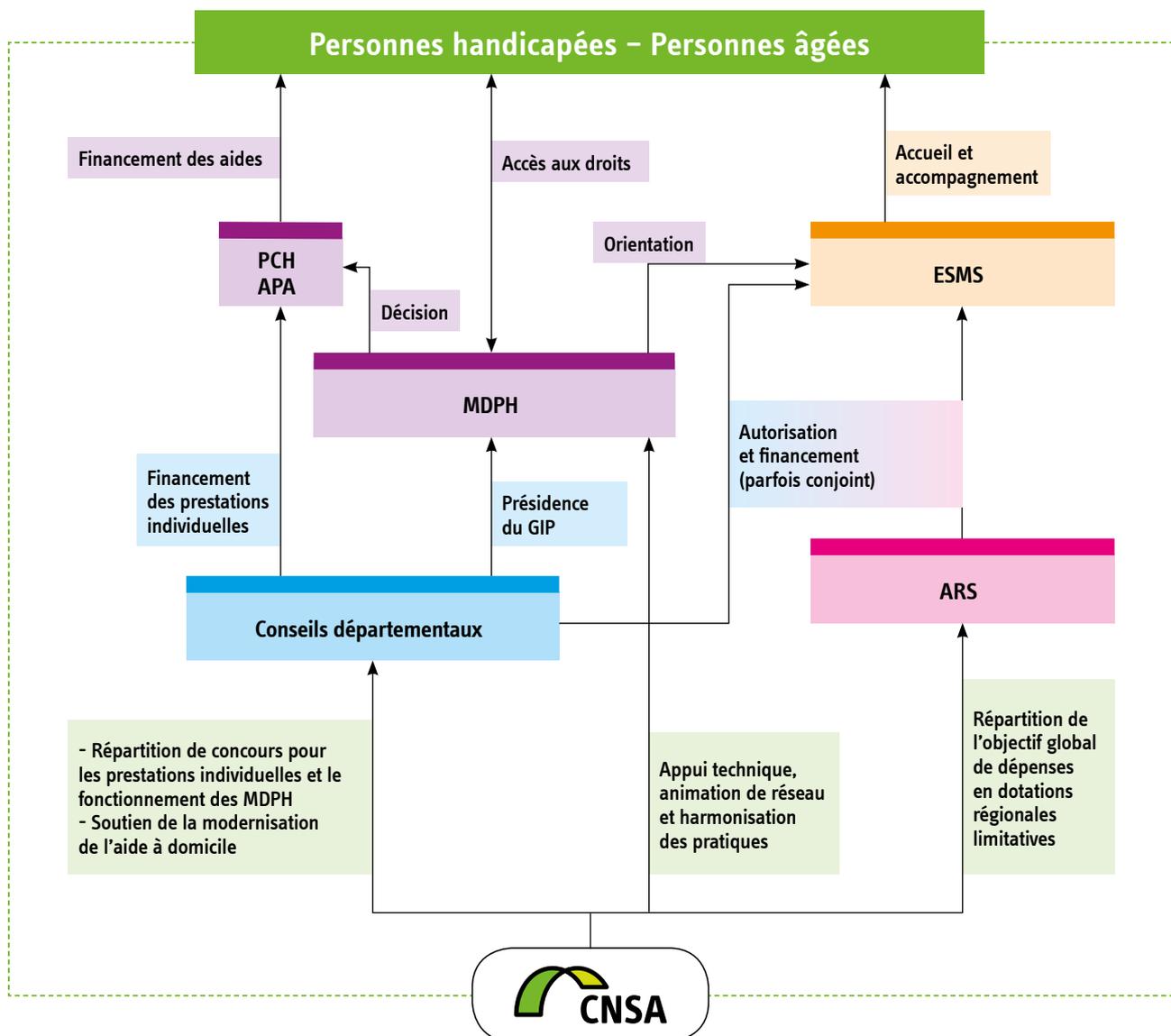
Les agences régionales de santé (ARS) sont, depuis leur création le 1<sup>er</sup> avril 2010, le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux et leur tarification dans le cadre des moyens que la CNSA administre au plan national. La CNSA leur délègue la répartition des aides à l'investissement qu'elle finance. Elles constituent aussi des relais de terrain pour d'autres actions comme le soutien au secteur de l'aide à domicile et à sa modernisation, dans les départements avec lesquels la CNSA n'a pas signé de convention, le financement des groupements d'entraide mutuelle (GEM) et le déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

La création des agences régionales de santé constitue un levier important pour concevoir une offre de soins et d'accompagnement plus adaptée aux parcours de vie des personnes. Cette notion de parcours est d'ailleurs très présente dans les projets régionaux de santé adoptés par les ARS.

Membre du Conseil national de pilotage des ARS, la CNSA est ainsi impliquée dans la définition des priorités stratégiques en santé concernant le handicap et la perte d'autonomie.

### Les conseils départementaux

Les départements sont les acteurs premiers de l'action sociale, en particulier dans le champ de l'aide à l'autonomie. Ils financent notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées et la prestation de compensation du handicap (PCH). Pour ces deux prestations, la CNSA leur verse un concours financier dans une logique de péréquation tenant compte de leurs charges et de leur potentiel fiscal.



Les conseils départementaux assurent également la tutelle administrative et financière des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), constituées sous forme de groupements d'intérêt public. Pour les accompagner, la CNSA assure un rôle d'animation; elle veille à l'échange d'informations et d'expériences entre les structures départementales et à la diffusion des bonnes pratiques.

La Caisse et les départements signent des « conventions d'appui à la qualité de service », vecteurs d'une aide financière pour le fonctionnement des MDPH (64 M€ en 2014).

### Tutelle et partenaires institutionnels

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG), dont la Direction générale de la cohésion sociale assure le pilotage pour le compte de l'État. La première COG 2006-2009 a fait l'objet d'un bilan à la fin de 2009. La deuxième a été signée en février 2012 pour une période de quatre ans (2012-2015). Le texte intégral de la COG est disponible sur le site de la CNSA.

Un comité de suivi semestriel réunit la CNSA et les directions d'administration centrale

DGCS, DGOS, DSS, DB, DREES, SGMCAS<sup>1</sup>, contrôleur budgétaire) pour faire le point sur l'avancement des actions. Le Conseil de la CNSA est informé de la mise en œuvre de la COG lors de sa séance de juillet à l'occasion d'un point d'étape annuel.

En application de la loi, la CNSA est également liée par conventions aux organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse :

- Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) / 15 octobre 2007 ;
- Convention financière avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) / 3 décembre 2007 ;
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) / 9 janvier 2008, renouvelée le 24 mai 2013 ;
- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) / 11 décembre 2009.

### Des partenaires dans le champ médico-social

Membre depuis 2007 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la CNSA est également membre depuis 2009 des conseils de deux nouvelles agences créées également sous forme de groupements d'intérêt public : l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). Elle contribue aux travaux de ces agences et à leur suivi.

Son partenariat avec l'ASIP s'est renforcé en 2014 autour de deux chantiers importants qui nécessitaient son expertise : le SI des MDPH d'une part (la CNSA a confié à l'ASIP la réalisation d'une étude de faisabilité des évolutions envisagées), et d'autre part l'intégration d'un outil d'évaluation multidimensionnel dans les SI des structures

fournissant un service de gestion de cas (dispositif MAIA) (définition du cadre d'intégration de cet outil, accompagnement des éditeurs de logiciels...).

La CNSA travaille également de plus en plus étroitement avec l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), qui a apporté son expertise sur l'enquête de coûts auprès des EHPAD en 2014, ainsi que pour préparer l'étude nationale de coûts qui sera lancée en 2015.

### Un réseau partenarial dense et dynamique

La CNSA a tissé un réseau de partenariats institutionnels avec de nombreux autres organismes nationaux agissant dans son champ, parmi lesquels :

- l'Assemblée des départements de France (ADF) ;
- l'Association pour la gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
- l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ;
- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ;
- l'Agence nationale des services à la personne (ANSP)<sup>2</sup> ;
- l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) ;
- la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- la Fondation de coopération scientifique Alzheimer ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;
- l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) ;
- l'Agence nationale pour la recherche (ANR) ;
- l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH).

1. Direction générale de la cohésion sociale, Direction générale de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale, Direction du budget, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales.

2. À compter de 2014, les missions de l'ANSP sont transmises à son administration de tutelle, la Direction générale du commerce, de l'industrie et des services, rattachée au ministère chargé de l'Économie et des Finances.

## Les autres partenaires du secteur

La CNSA entretient également des relations partenariales avec les associations et fédérations représentatives des usagers et des organismes gestionnaires. Ce partenariat se traduit par des conventions (par exemple dans le domaine de la modernisation et de la professionnalisation des services d'aide

à domicile), des subventions accordées à des projets d'études, mais aussi des travaux menés en commun (comme le chantier relatif à la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées).



## L'ESSENTIEL

La CNSA s'inscrit dans un paysage institutionnel et partenarial qui fait intervenir pouvoirs publics, nationaux et locaux, associations représentatives des usagers, unions et fédérations de structures gestionnaires, caisses de sécurité sociale, etc. Cet environnement se reflète au sein même de la gouvernance de la Caisse, le Conseil de la CNSA jouant le rôle de « parlement du secteur médico-social », et dans les relations nourries

qu'elle entretient avec chacun des principaux acteurs dans le cadre de ses compétences. La CNSA se rapproche autant que possible des agences « voisines » pour bénéficier de la complémentarité de leurs expertises sur les projets qui le nécessitent.

Son équipe reflète ce positionnement : d'origines professionnelles diversifiées, les agents de la CNSA exercent leurs missions dans le

cadre de collaborations nombreuses avec les collectivités, les MDPH, les associations. Ils sont organisés autour de grandes directions métiers, d'une direction scientifique et de directions support appuyant la mise en œuvre des actions sur lesquelles la CNSA s'est engagée dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion avec l'État.



PROSPECTIVE

02

## **10 ans de solidarité pour l'autonomie**

---

Une culture et des concepts  
partagés ont émergé des  
débat du Conseil  
**page 34**

La solidarité pour  
l'autonomie est devenue  
un champ de protection  
sociale à part entière  
**page 40**

Une réponse personnalisée  
et accompagnée pour chacun :  
notre défi collectif  
**page 50**

Principales préconisations  
du Conseil  
**page 61**

Synthèse  
**page 62**

Résumé du chapitre  
de bilan en « facile à lire  
et à comprendre »  
**page 64**

# **Conseil de la CNSA : de la réflexion collective à l'action**

Chaque rapport annuel de la CNSA contient, aux côtés des chapitres qui retracent l'activité de la Caisse, un chapitre « prospectif ». Les préconisations qui y figurent ont d'autant plus de force que le Conseil de la CNSA les a toujours adoptées à l'unanimité.

Le présent chapitre constitue un bilan de la mise en œuvre des préconisations du Conseil depuis 2006. L'occasion de rappeler également le contenu de ces travaux, dont la richesse et l'ambition ont nourri les évolutions des politiques de l'autonomie depuis près de dix ans.

# Une culture et des concepts partagés ont émergé des débats du Conseil

Les huit rapports annuels du Conseil de la CNSA sont d'une très grande richesse. Ils retracent l'avancée de la réflexion collective de ses membres quant au contenu de la « solidarité pour l'autonomie » et aux principes d'organisation des politiques publiques qu'il convient de suivre. Un apport précieux qui continue de nourrir les travaux actuels.



## Le Conseil porte « un regard au-delà de l'horizon immédiat »

Dans son premier rapport au Parlement, le Conseil a exprimé l'ambition que la CNSA « porte un regard au-delà du seul horizon des améliorations immédiates ». Il a donc estimé « utile de **contribuer, par des propositions plus prospectives, à l'élaboration d'une réponse de qualité aux attentes des personnes** en situation de perte d'autonomie » et engagé ainsi une pratique qui s'est poursuivie au cours des

sept rapports suivants, consistant à formuler des préconisations à l'attention des pouvoirs publics. Celles-ci font l'objet chaque année de la partie « Prospective » du rapport, corédigée dans un esprit de **recherche de consensus**. Cette méthode a permis **l'adoption à l'unanimité de tous les rapports de la CNSA** (les représentants de l'État ne prenant pas part au vote pour respecter la liberté de parole des autres composantes du Conseil).

Les rapports de 2006 à 2009 ont porté sur les principes et modes

de gouvernance à inscrire au fondement des politiques d'aide à l'autonomie.

- En 2006 : Un sens partagé, une perspective à déployer.
- En 2007 : Construire un nouveau champ de protection sociale (ce rapport est considéré comme fondateur et les membres du Conseil s'y réfèrent encore régulièrement).
- En 2008 : Consolider pour développer.
- En 2009 : Autonomie, santé et territoires : accompagner les personnes.

De portée moins générale mais contenant des propositions opérationnelles plus ciblées, les rapports 2010, 2011, 2012 et 2013 peuvent être considérés comme représentatifs d'une deuxième « ère », signe qu'un certain nombre de principes étaient posés et que l'on pouvait capitaliser sur ce socle pour approfondir des enjeux plus précis.

- En 2010: Pour une politique de prévention au service de l'autonomie.
- En 2011: Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles ».
- En 2012: Promouvoir la continuité des parcours de vie: d'une responsabilité collective à un engagement partagé.
- En 2013: Affirmer la citoyenneté de tous: construire ensemble les politiques qui nous concernent.

Le Conseil de la CNSA a décidé de **consacrer le rapport 2014 au bilan de ses préconisations**. Un souci de suivi des effets de ses rapports successifs justifie ce choix du Conseil, qui souhaite à cette occasion **rappeler ses recommandations, qui restent largement d'actualité, et tirer de ce bilan des enseignements pour l'avenir**. L'année 2015 est en effet celle du dixième anniversaire de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et une année charnière pour la CNSA: perspective d'élargissement de ses missions dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, préparation de la troisième convention d'objectifs et de gestion entre la Caisse et l'État, et lancement de chantiers très structurants auxquels elle contribue de façon centrale (réforme de la tarification dans le champ du handicap, mise en œuvre du rapport dit « Zéro sans solution », groupe de travail relatif au financement des EHPAD).

## À NOTER:

Les parties de ce chapitre qui constituent un **rappel** des préconisations du Conseil figurent en **retrait de la marge et précédées d'un filet vertical**, pour les distinguer visuellement des éléments de bilan et de recommandations formulés en 2015.

### Le Conseil propose des concepts structurants pour les politiques publiques

Au cours de ses rapports successifs, le Conseil a contribué à faire émerger une compréhension partagée d'un certain nombre de concepts clés. Il a construit, à travers ses débats et ses contributions, un socle de valeurs partagées et les ingrédients d'une « culture commune » aux champs du handicap et des personnes âgées. C'est sans doute une des forces de la gouvernance de la CNSA que d'avoir permis la rencontre de « mondes » qui se connaissaient peu et l'émergence d'une réflexion collective aussi riche.

Il semble utile au Conseil de **rappeler ici les principales notions définies au cours de ses travaux, pour contribuer à en accroître la diffusion et l'appropriation**. Cette dernière peut encore progresser, notamment chez les professionnels de proximité et chez les partenaires d'autres secteurs de politiques publiques.

**Le Conseil n'est pas en mesure, à l'occasion de ce bilan, d'évaluer le degré de diffusion des concepts et réflexions qu'il élabore en son sein**. Dans quelle mesure contribue-t-il à faire de notre société une société plus inclusive, à faire évoluer le regard porté sur le handicap? Des enquêtes d'opinion, à l'image de celle réalisée pour le comité d'entente et publiée le 11 février 2015, pourraient-elles être réalisées régulièrement afin de suivre ces évolutions des représentations?

## Une protection sociale pour prévenir et compenser l'atteinte à l'autonomie

### L'autonomie et les situations où elle est atteinte

Le Conseil de la CNSA définit l'autonomie comme « **l'exercice de la volonté personnelle et relationnelle des personnes, dans leur droit d'assumer leurs propres choix, y compris dans les actes de la vie quotidienne** (*l'empowerment*, tel qu'il est repris dans la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées) » (rapport 2010). Plutôt que de raisonner en termes de « publics », le Conseil privilégie une approche par « situation »: les situations « qui portent atteinte à l'autonomie de la personne » se caractérisent par « **l'impossibilité ou la difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de participation à la vie sociale** » (rapport 2007). Elles sont susceptibles de concerner chacun à tous les âges de sa vie.

### Une protection sociale pour l'autonomie

Le champ de l'aide à l'autonomie est défini par le Conseil à travers sa « complémentarité avec ce que couvrent déjà les autres instruments de la protection sociale ». Il s'agit donc d'un élargissement du champ de la protection sociale. Pour reprendre les termes du rapport de 2007, « **mettre en place une protection sociale pour l'autonomie consiste à protéger de choses qui sont à la fois au-delà des soins** (il ne s'agit plus de « lutter contre » la maladie, mais de « vivre avec »), **et au-delà des dépenses de la vie courante** (il s'agit de couvrir non pas les « coûts » mais des « surcoûts » de la vie quotidienne et de la vie sociale, tout ce que le revenu

d'une personne placée dans une situation de vie ordinaire n'a pas à prendre en charge)».

Le droit à compensation pour l'autonomie est donc une **réponse aux effets spécifiques d'une situation qui porte atteinte à l'autonomie, qui s'attache aux charges nouvelles directement rattachables aux besoins d'autonomie** (rapport 2007).

La vision qu'a le Conseil de la CNSA d'un cinquième risque dédié à la compensation s'exprime ainsi dans le rapport de 2006 : « Une solidarité collective non seulement pour soigner, c'est l'assurance maladie, mais aussi pour **prendre soin** : c'est la compensation de la perte d'autonomie. »

### Développer et préserver l'autonomie des personnes par la compensation et la prévention

Selon le Conseil, l'aide à l'autonomie (ou la compensation des situations qui portent atteinte à l'autonomie) « **ne se limite pas au versement d'une somme d'argent**, mais doit permettre à toute personne, par un **éventail de services et d'aides diversifiées**, y compris financières, l'exécution autonome des gestes de la vie courante et l'accès à une vie sociale » (rapport 2007).

Le Conseil affirme dans le rapport de 2010 que « l'amélioration de l'accompagnement de la personne, par une politique de compensation efficace, a des conséquences en matière de préservation, de restauration ou d'acquisition de l'autonomie ».

Dans son rapport de 2010, le Conseil insiste en outre sur **le fait que les politiques de prévention doivent également poursuivre l'objectif de préserver l'autonomie des personnes** en « ciblant l'ensemble des "événements péjoratifs" dont la survenue porte ou peut porter atteinte à l'autonomie. (...) Toute

action empêchant en amont la survenue d'une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale participe à la prévention du handicap, que cette action concerne des facteurs personnels, comme les capacités de l'individu dans ses différentes fonctions, ou les facteurs environnementaux. (...) Il est important de souligner d'emblée que la prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge et que, s'agissant de celui-ci, il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en termes de restriction de participation à la vie sociale qui peut en résulter pour les personnes concernées ».

**handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celui ou celle qui les subit** ». Les politiques gérontologiques et celles du handicap doivent converger autour de la logique fondamentale **d'évaluation personnalisée et multidimensionnelle** des besoins. Pour le Conseil, « parler de "convergence" et vouloir partir exclusivement des besoins particuliers de chaque personne sont une seule et même chose ». Cette personnalisation s'oppose à toute uniformité des réponses : si le processus d'évaluation doit être identique et multidimensionnel quel que soit l'âge, si l'accès à un « panier de biens et services » doit être ouvert à tous, **le Conseil parle**



L'insistance du Conseil sur l'importance de la prévention de la perte d'autonomie et du handicap a pu contribuer à la montée en puissance des politiques de prévention observée depuis dix ans. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement y consacre un volet important, de même que la stratégie nationale de santé, qui traduit l'ambition d'agir sur les déterminants de la santé par la prévention.

### La notion de « convergence sans confusion »

L'un des apports du texte de 2007 est de préciser la notion de convergence et ce qu'elle recouvre. Le Conseil la définit comme **« l'approche des situations de**

**de « convergence sans confusion » parce que chaque réponse reste individualisée, et que le type de biens et services nécessaires à chacun dépendra de son projet de vie, de sa situation.** En outre, les modalités de solvabilisation (c'est-à-dire le niveau et les sources de financement) de ces réponses de compensation ne seront pas nécessairement les mêmes pour les personnes selon leur âge.

**Le Conseil constate en 2015 que les représentations du grand public n'ont pas encore assez évolué dans le sens d'une vision unifiée des questions d'autonomie quel que soit l'âge.** Cela interroge à nouveau la diffusion des travaux de la CNSA et sa visibilité pour le grand public.

## La création de la CNSA, porteuse de sens et d'ambition pour l'ensemble des politiques publiques

### Priorité à l'accès au droit commun dans une société inclusive

Dès le rapport de 2006, le Conseil l'affirme: la CNSA a vocation à servir d'aiguillon mais « ne récapitule pas, et ne devra jamais donner l'illusion de devoir récapituler l'ensemble des réponses collectives aux besoins des personnes en rupture d'autonomie ». Les dispositifs de compensation « n'épuisent [pas] – et de très loin – **les obligations qui pèsent sur toutes les politiques publiques (de la santé, de l'emploi, des transports, de l'éducation, de la culture...)** et plus largement sur la société tout entière ».

Le Conseil rappelle en effet (rapport 2007) que « les services et aides individuelles sont autant de **compléments aux politiques – qui doivent être prioritaires – de "l'accessibilité" des équipements et services collectifs, et notamment des services publics** », ce qu'il

confirme en 2012 en évoquant une offre d'accompagnement graduée où l'on doit « **privilégier, chaque fois que c'est possible, le recours aux dispositifs de droit commun,** et concevoir les dispositifs spécialisés comme subsidiaires et complémentaires dans une logique de société inclusive ».

Le schéma ci-dessous illustre cette dialectique compensation / accessibilité.

Si la CNSA n'est pas compétente en matière d'accessibilité (entendue au sens architectural), elle agit en direction d'une société plus inclusive à travers sa coopération avec les acteurs de l'emploi et de l'éducation, notamment pour faciliter les liens entre ces acteurs et les MDPH au niveau local, et pour construire des dispositifs venant en appui à ces partenariats. **Le Conseil souhaite réitérer ici son attachement à l'évolution de la société tout entière, pour qu'elle soit plus accueillante et accessible à tous<sup>3</sup>.**

3. Voir à ce sujet l'avis du CESE: Christel Prado (2014), *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap: un défi, une nécessité.*

### La solidarité pour l'autonomie, levier pour une approche plus transversale des politiques publiques

Dès 2006, le Conseil considère que « **la création de la CNSA est porteuse de sens au-delà du strict champ de ses compétences,** car l'esprit des dispositions législatives et réglementaires de 2004-2005 ouvre une perspective pour penser autrement une politique publique ».

**La notion de solidarité pour l'autonomie, tout d'abord, est novatrice.** Comme l'écrit le Conseil en 2006: « La solidarité pour l'autonomie d'autrui, de tout autre, est un chemin d'accueil et de rencontre qui déstabilise bien des certitudes toutes faites, et **fait progresser en humanité celui qui s'y engage.** » C'est une solidarité qui « met en jeu, au-delà des deux biens fondamentaux que sont la santé et le revenu, et sans se substituer aux solidarités informelles ou familiales, un troisième bien fondamental qui est la relation autonome à son propre environnement et la participation à la vie sociale. (...) »

## Politique d'aide à l'autonomie: priorité à l'accessibilité et rôle des dispositifs de compensation

Accès au droit commun de la population en situation de besoin d'aide à l'autonomie.	Accessibilité		Ex.: l'amélioration du taux de scolarisation quel que soit l'âge et quelle que soit l'origine du handicap; l'accès au logement pour les adultes.
Adaptation du droit commun dès lors que c'est nécessaire.	Accessibilité et compensation		Ex.: le développement des accompagnements via les AVS; les soins à domicile via les SSIAD; l'adaptation du poste de travail.
Développement des dispositifs spécifiques quand les besoins spécifiques sont non résolus par les actions précédentes identifiées.	Accessibilité et compensation		Ex.: l'accompagnement par une institution dès lors qu'il est nécessaire, en complément de la scolarisation en milieu ordinaire; l'accompagnement des adultes en institution (complémentaire du travail protégé ou pas).

C'est une solidarité collective qui vise l'autonomie de l'individu. Du collectif qui cherche à stimuler le développement de chacun dans ce qu'il a de particulier» (rapport 2007).

L'impact de la création de la CNSA tient en outre au fait que sa responsabilité «à l'égard des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge conduit – c'est un changement majeur – à un regard transversal sur des domaines d'action publique trop souvent séparés». La CNSA «peut être l'espace de réflexion permettant de fédérer une pensée globale de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie». L'existence de la CNSA doit donc permettre de «veiller à ce que, autour de l'aide à l'autonomie proprement dite, d'autres formes de solidarité collective (...) interviennent de façon coordonnées» (rapport 2007).

### Le Conseil ouvre un espace public de débat, un lieu de transparence

#### Un vrai gain en termes de transparence

Le Conseil de la CNSA se positionne, dans son rapport de 2007, comme un «**espace public de débat**» où peuvent se confronter les projets, les attentes et aussi les contraintes de tous ceux qui y participent. Une condition est nécessaire pour que des convictions communes émergent et que les décisions soient portées par tous: la **confiance partagée**. Cette confiance exige un effort de transparence et de qualité de l'information fournie.

Ce bilan est l'occasion pour les membres du Conseil de **saluer la précision et la qualité des informations qui leur sont fournies par la CNSA**, qui permettent incontestablement une visibilité plus

grande qu'avant la création de la Caisse. Chacun peut disposer d'une vision globale des engagements et travaux de la CNSA.

Cette grande transparence doit cependant être davantage accompagnée d'**efforts de pédagogie et de simplification pour que les informations, souvent techniques, soient accessibles à tous les membres du Conseil, y compris aux non-experts, ainsi qu'à des lecteurs externes**. Les informations fournies au Conseil mériteraient en effet d'être rendues accessibles et lisibles aux acteurs de terrain, ces derniers regrettant parfois de ne pouvoir décrypter les logiques d'allocation de ressources mises en œuvre localement par les agences régionales de santé, et de ne pas comprendre le rôle joué par la CNSA.

## Les travaux du Conseil pour les années à venir

Ce bilan est l'occasion pour le Conseil de la CNSA de réfléchir à la façon de continuer de jouer son rôle efficacement, de rester un lieu de débat et de propositions où l'expression est libre et l'apport de chacun respecté, dans un climat de confiance mutuelle. Trois points sont notamment à retenir :

- Le Conseil souhaite conserver dans les rapports annuels de la CNSA un espace d'expression comme ce chapitre pour produire des analyses et préconisations utiles à l'élaboration et à l'évaluation des politiques publiques. Il envisage de réaliser un suivi plus régulier de la mise en œuvre de ses préconisations, tout en souhaitant poursuivre l'approfondissement thématique engagé dans ses cinq derniers rapports. Il semble en effet que des questions éminemment importantes, comme l'égalité de traitement, appellent des réflexions partagées et des recommandations de sa part.
- Le Conseil souhaite en outre optimiser la diffusion de ses préconisations et leur large appropriation en mobilisant encore davantage l'ensemble de ses membres et en optimisant si possible les moyens de communication mis en œuvre par la CNSA. Les travaux du Conseil pourraient être présentés et expliqués plus souvent aux acteurs de terrain en joignant les efforts de l'équipe de la CNSA et des membres de son Conseil. La traduction d'un résumé du rapport en « facile à lire et à comprendre » (initiée en 2013) est une bonne pratique, qui doit être poursuivie.
- Enfin, des travaux conjoints pourraient être envisagés avec d'autres instances de gouvernance (Conseils de la CNAMTS et de la CNAV, Collège de la Haute Autorité de santé...) et de consultation (CNCPPH, CNRPA, CNS...) dans une recherche de décloisonnement et afin de faire converger les cultures professionnelles et les orientations des grands acteurs institutionnels des politiques publiques.

## FOCUS

### Des débats riches mais dont l'impact direct sur les décisions reste, dans les faits, limité

Si les débats sont nombreux et animés au cours des séances du Conseil, et retracés dans les communiqués de presse publiés par la CNSA à l'issue des réunions, une partie des membres regrette que la pondération des voix ne permette pas de facto de rejeter certaines propositions des pouvoirs publics. Une pratique permet cependant de garantir un certain écho aux préoccupations des membres du Conseil : l'État ne prend en effet pas part au vote lors de l'adoption de motions proposées en séance et lors du vote du rapport annuel, qui comprend des préconisations.

Le Conseil souhaite que le compte-rendu de ses séances soit publié sur le site de la CNSA, en complément du dossier de presse, qui retranscrit les échanges à la suite de chaque séance.

Souhaitant prendre sa part aux choix de priorités, notamment budgétaires, qui s'imposent dans un contexte où tous les besoins ne peuvent être satisfaits de façon immédiate, le Conseil suggère dès 2007 que le gouvernement le **consulte préalablement sur le PLFSS** comme il le fait avec les conseils d'administration des caisses nationales de sécurité sociale.

Cette recommandation n'a pas été suivie d'effets. Certains membres du Conseil regrettent de ne pouvoir prononcer un avis sur les grands équilibres du PLFSS en amont de son adoption par le Parlement, dans la mesure où les crédits d'assurance maladie représentent 80 % du budget de la CNSA. La question reste ouverte, d'autres membres estimant que cela n'est pas cohérent avec la nature de la Caisse.

### Le choix des mots

Le Conseil de la CNSA, par ses débats et ses choix, a également contribué à faire évoluer le vocabulaire employé pour désigner les personnes et qualifier les objectifs des politiques de l'autonomie.

- Il a notamment contribué à ce que les termes de « **perte d'autonomie** » ou d'« **atteinte à l'autonomie** » remplacent progressivement le terme de « **dépendance** », bien que certains membres continuent de penser que la notion de « **perte** » reste trop négative, et souhaitent que soit réinterrogée l'opposition entre dépendance (besoin d'aide d'autres personnes pour les gestes de la vie quotidienne) et autonomie (capacité à prendre des décisions pour soi-même et à agir sur sa vie), qui n'est pas pertinente à leurs yeux.
- Il a souhaité parler de la « **participation des personnes** » et non des « **usagers** » (rapport 2013), ne souhaitant pas réduire, dans son propos, la question de la participation à celle organisée dans les établissements et services d'accompagnement ou dans les situations où les personnes « **bénéficient** » d'un service ou d'une prestation.
- Il a choisi le terme de « **proches aidants** » (rapport 2011), le plus à même de désigner largement les personnes qui aident leurs proches, quelle que soit la nature précise du lien qui unit aidants et aidés.
- Il a fortement affirmé, enfin, sa préférence pour le terme de « **parcours de vie** », plutôt que « **parcours de soins ou de santé** ». Il a proposé une définition de ce qu'il appelle « **parcours de vie** » qui rend explicite l'objectif que doivent poursuivre les politiques publiques, à savoir la continuité des parcours de vie (prévention ou anticipation des situations de rupture) et leur adéquation avec le projet de vie.

### Une composition qui tend à s'élargir encore

**Concernant la composition du Conseil, la coexistence de l'ensemble des parties prenantes est jugée très positivement** après dix ans de travaux, car elle permet un réel dialogue et une appropriation par tous des orientations définies par le Conseil.

L'idée d'une entrée de représentants des conseils d'administration de la CNAMTS et de la CNAV (voire de la CNAF) est déjà émise dans le rapport de 2007, de même qu'est posée la question d'une vice-présidence confiée aux conseils départementaux et aux partenaires sociaux.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement donne partiellement suite à ces débats, puisqu'il prévoit l'entrée de la CNAMTS, de la CNAV et du RSI au Conseil de la CNSA.

Si l'option d'un bureau restreint se réunissant régulièrement est évoquée en 2007, le rapport 2008 exclut une distinction entre un conseil exécutif et un conseil d'orientation, position à laquelle souscrivent encore aujourd'hui la majorité des membres. ■

# La solidarité pour l'autonomie est devenue un champ de protection sociale à part entière

La gouvernance des politiques de l'autonomie a pris forme depuis 2006, l'État et la CNSA explicitant progressivement leurs rôles respectifs. L'animation du réseau des MDPH concrétise une nouvelle forme de partenariat entre les acteurs nationaux et locaux, non sans interroger les moyens de garantir une véritable égalité de traitement sur le territoire.



## Des responsabilités partagées : agir en confiance dans un cadre clarifié

### Clarification à poursuivre entre l'État et la CNSA

Lorsque le Conseil de la CNSA exprime sa vision de la nouvelle gouvernance à installer dans ses premiers rapports, il appelle de ses vœux une répartition claire des rôles entre l'État et la CNSA, appelant le premier à faire confiance à la seconde en lui déléguant des compétences et à se positionner en stratège. Le Conseil souhaite que « les redondances entre la CNSA et sa tutelle » soient « définitivement supprimées ».

Sur ces deux points, les membres du Conseil estiment que **des progrès ont été faits depuis les premiers rapports**, la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015 ayant notamment permis une meilleure lisibilité des rôles respectifs de l'État et de la CNSA, **mais que l'articulation entre les deux reste perfectible** et doit faire l'objet d'une attention renouvelée dans le cadre de la préparation de la COG 2016-2019.

#### Rôle attendu de l'État

##### État stratège

Chargé de la **gestion stratégique de la politique publique**, l'État doit, selon le Conseil, définir

et suivre les grandes options budgétaires, articuler la politique de compensation avec les autres champs de l'action gouvernementale (logement, santé, accessibilité... : champs couverts par le Comité interministériel du handicap et son secrétariat général, et qui rejoignent le caractère interministériel du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement), définir des indicateurs de performance de cette politique (comme ceux qui régissent le suivi de la COG de la CNSA ou encore les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », qui permettent de mesurer les progrès réalisés dans le cadre des politiques de sécurité sociale) et,

sur ces indicateurs, fixer des grands axes de contractualisation avec les opérateurs chargés de la mise en œuvre, et enfin assurer une fonction de veille et de réflexion prospective.

### Besoin de lisibilité et de cohérence au niveau national

Plusieurs rapports du Conseil font des préconisations sur la gouvernance nationale des politiques de l'autonomie, le plus souvent pour **souligner le besoin de cohérence des stratégies poursuivies par les différents ministères et acteurs du niveau national pour décloisonner les secteurs.**

Ainsi, en 2009, le Conseil exprime son souhait « que la CNSA assure, au sein du Conseil national de pilotage des ARS [créé par la loi HPST], une **fonction particulière de veille et d'appui à la bonne articulation et aux décloisonnements à l'œuvre dans les régions entre les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales** ». En 2012, le Conseil va dans le même sens en préconisant « **une impulsion nationale claire et cohérente** » en faveur de **la continuité des parcours de vie**. Face à l'impression d'un empilement de dispositifs déployés à l'initiative des acteurs nationaux mais trop peu articulés entre eux, il recommande d'« intensifier la concertation entre administrations au niveau national dans le cadre d'une stratégie commune et d'une responsabilité partagée » et de « veiller à la cohérence, la continuité et la lisibilité des impulsions qu'elles donnent pour mobiliser les acteurs locaux ».

**Le Comité interministériel du handicap (CIH), dont le rôle est de « définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'État en direction des personnes handicapées », s'est réuni le 25 septembre 2013, pour la première**

fois depuis sa création en 2009. La troisième Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 a constitué un point d'étape sur la mise en œuvre des décisions du CIH et a réuni plusieurs ministres autour du président de la République. Soulignons que le périmètre large des politiques de santé, qui font elles aussi l'objet d'un Comité interministériel, nécessite une bonne articulation de celles-ci avec les politiques de l'autonomie.

**Si ces moments de transversalité et de travail interministériel doivent être salués, le Conseil estime qu'ils doivent se traduire plus concrètement dans le travail quotidien de l'administration, et espère que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement permettra une mobilisation aussi large des différents périmètres ministériels sur le champ des personnes âgées. Le Conseil estime en effet que le besoin de cohérence des politiques menées garde toute son acuité aujourd'hui.**

Il réitère en outre à l'heure du présent bilan son constat de 2009, selon lequel « l'unification d'approche de la situation des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie, principe fondateur de la CNSA, ne se traduit pas encore dans la législation, ni systématiquement dans l'organisation administrative d'État et ministérielle ». **Le Conseil est attaché à ce que l'organisation du gouvernement permette une approche cohérente et globale des politiques de l'autonomie.**

### Rôle dévolu à la CNSA

La CNSA doit, selon le Conseil, être confortée dans un **rôle de maître d'œuvre**, opérateur chargé d'agir pour l'atteinte des objectifs fixés. Elle a aussi un **rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage** et d'aide

à la décision auprès de l'État. Les rapports de 2007 et 2008 préconisent des **mesures consistant à accroître les marges de manœuvre de la CNSA** pour poursuivre les objectifs qui lui sont assignés.

### Certaines de ces mesures ont été mises en œuvre :

- Renforcement du rôle joué par la CNSA dans l'animation des services chargés de la gestion de l'ONDAM (au sein des ARS) et la mise en œuvre des programmes de gestion du risque ;
- Maîtrise d'œuvre des chantiers liés aux référentiels d'évaluation (GEVA, AGGIR, PATHOS, dont la CNSA assure la diffusion et la bonne utilisation ainsi que la refonte, concernant PATHOS, outils d'évaluation multidimensionnelle pour les gestionnaires de cas, que la CNSA doit sélectionner) ;
- Suivi des pratiques de conventionnement et de tarification dans le champ des EHPAD (pour maîtriser la sous-consommation des crédits).

### D'autres recommandations n'ont pas été suivies et doivent être réitérées :

- Permettre à la CNSA de faire des propositions de critères de répartition des concours aux départements (ceux-ci restent paramétrés par des textes réglementaires) ;
- Concentrer sur le budget de la CNSA l'ensemble des moyens nationaux d'accompagnement du fonctionnement des MDPH - cette évolution ne devant pas entraîner de désengagement de l'État dans le financement et la gouvernance des MDPH (à ce jour, les concours CNSA pour le fonctionnement des MDPH ne contiennent pas encore l'ensemble des crédits « État ») ;
- Confier un « pouvoir réglementaire délégué » à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale de l'État.

Les compétences de la CNSA se caractérisent aujourd'hui par un certain déséquilibre, ses leviers d'action étant plus importants dans le champ du handicap (animation du réseau des MDPH, harmonisation des pratiques, etc.) que dans le champ des personnes âgées. **Le Conseil de la CNSA salue l'évolution annoncée des compétences de la Caisse dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui lui confie notamment un rôle d'harmonisation des pratiques dans le champ de l'APA.**

**Une politique partenariale à l'articulation du national et du local**

**Des relations partenariales, socle d'une « gestion en réseaux »**

Dessinant les contours de la nouvelle gouvernance consistant à confier à un établissement public national une « fonction de médiation entre la politique nationale et les politiques locales », le Conseil appelle de ses vœux, en 2006 et 2007, « un mode de régulation fondé sur la relation contractuelle et partenariale ». La prise en compte des contraintes locales dans les politiques nationales, et le respect d'exigences de qualité et d'équité dans les politiques locales, dépend, selon le rapport de 2006, d'« une gestion en réseaux permettant d'animer autour d'un objectif partagé les différents acteurs concernés, et satisfaisant conjointement le double impératif d'universalité et de proximité ».

La CNSA a ainsi inscrit son action dans trois générations successives de « conventions d'appui à la qualité de service » avec les conseils départementaux. Elle s'est positionnée en appui des équipes des MDPH lors de leur installation et de leur montée en charge, et continue de coproduire avec les professionnels des outils d'aide à

l'évaluation et à la décision visant à harmoniser leurs pratiques. La Caisse recueille chaque année les données d'activité des MDPH et les données relatives aux aides et prestations accordées et synthétise les statistiques pertinentes et les tendances observées dans un rapport annuel. Elle réunit plusieurs fois par an les directeurs et les différents professionnels des MDPH pour des réunions de travail et d'information, créant ainsi des liens entre eux et facilitant la circulation des idées et des bonnes pratiques locales.

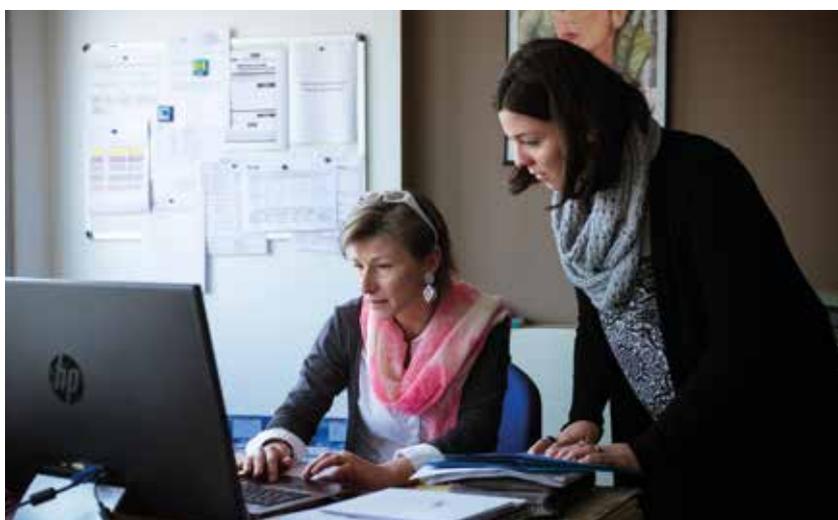
Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, confiant à la CNSA un rôle d'harmonisation des pratiques en matière d'évaluation des besoins des personnes âgées et des modalités de construction des plans d'aide APA par les équipes des départements, va contribuer à l'approfondissement des relations entre la CNSA et ces derniers.

d'information, automatisant progressivement la remontée de données des ARS vers le niveau national, et simplifiant les processus de travail des ARS en lien avec les établissements et services. **Le travail de création et d'animation de réseau souhaité par le Conseil a donc bien été mis en place.**

**Les organisations locales : une évolution diversifiée, des principes à sauvegarder**

La loi de 2005 prévoyait des dispositions législatives à l'horizon de l'année 2010 pour concrétiser le principe de convergence.

Dès ses premiers rapports, le Conseil de la CNSA recommande de « faciliter et valoriser les expériences innovantes de rapprochement des dispositifs d'accueil des personnes en perte d'autonomie quel que soit



La CNSA collabore également très directement et régulièrement avec les équipes des ARS chargées de l'allocation de ressources et de la programmation de l'offre dans le secteur médico-social. Elle apporte son appui technique, se fait le relais des instructions ministérielles et accompagne leur mise en œuvre. Elle mène un important chantier d'urbanisation de ses systèmes

leur âge ». Il cible, au-delà de l'accueil, la fonction d'évaluation des besoins en faisant référence à l'articulation, « sous l'autorité des conseils départementaux, de l'intervention des MDPH et des coordinations gérontologiques ou équipes médico-sociales départementales afin d'évaluer les besoins des personnes de plus de 60 ans concernant certains



droits (cartes d'invalidité, de stationnement, de priorité)». Le Conseil suggère que le rapprochement entre CLIC et MDPH « pourrait déboucher sur de **nouvelles "maisons départementales" aux compétences élargies** ». L'évolution des MDPH en MDA serait « conforme au souhait de créer un droit universel d'aide à l'autonomie » (rapport 2007) selon le Conseil, cette évolution s'inscrivant donc bien dans la vision unifiée des politiques de l'autonomie promue par le Conseil en 2007.

Bien que les évolutions législatives attendues pour 2010 ne soient pas intervenues, et qu'un droit universel à compensation n'ait pas vu le jour, **les conseils départementaux et les MDPH ont parfois cherché à traduire le principe de convergence dans leurs politiques et organisations locales**, dans la continuité des principes de la loi de 2005 et du rapport de 2007 de la CNSA. Par exemple, les services centraux des conseils départementaux (chargés notamment de la tarification des établissements et services et du paiement des prestations)

rassemblent les champs du handicap et de la perte d'autonomie dans 91 % des départements, selon une étude de l'ODAS de 2011. Les schémas départementaux, s'ils restent encore majoritairement distincts, sont de plus en plus fréquemment élaborés sur un périmètre couvrant tout le champ de l'autonomie (20 % des conseils départementaux ont un schéma « de l'autonomie » fin 2013 contre 9 % fin 2010 selon les travaux de l'ANCREAI<sup>4</sup>).

**La CNSA a opéré un suivi de trois MDPH évoluant vers une organisation de type « maison départementale de l'autonomie » (MDA) et observé plus globalement les évolutions locales allant dans ce sens (analyse menée dans treize départements en 2014).** Elle a pu constater que les organisations de type MDA se caractérisent par leur diversité, en termes de périmètre géographique (plus ou moins grande convergence des organisations au niveau central

4. ANCREAI (2011), *Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation sociale*; ANCREAI (2013), *Politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale*.

et au niveau infradépartemental) et de missions (mise en commun de certains services ou de l'ensemble). Elle en a souligné les avantages et relevé les points de vigilance.

Le Conseil de la CNSA, destinataire des analyses de la CNSA en avril 2014, a souligné son **attachement à deux principes incontournables : la place des usagers et de l'État au sein de la gouvernance d'une part, et l'indépendance des fonctions d'évaluation des besoins et d'attribution des droits vis-à-vis du financeur qu'est le Conseil départemental d'autre part** (qui se traduit par le statut de groupement d'intérêt public autonome). Il a exprimé sa vigilance sur le maintien des moyens de fonctionnement des MDPH en cas d'évolution vers une MDA.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de confier à la CNSA la mission de labelliser les MDA au regard d'un cahier des charges relatif à leur fonctionnement. **Le Conseil de la CNSA souhaite être associé à la validation du cahier des charges du label.**

### Une gouvernance locale facteur de décloisonnement, ou le paradigme de l'intégration

Pour répondre de façon cohérente aux besoins multidimensionnels des personnes autour de leur projet de vie, il convient de **construire une réponse diversifiée de proximité qui nécessite des règles de gouvernance locale associant l'ensemble des acteurs** (rapport 2007).

Le Conseil préconise à plusieurs reprises de renforcer les collaborations entre les conseils départementaux et les caisses de retraite (2007, 2010). Il va plus loin en 2012 en préconisant « une organisation intégrée des acteurs locaux au service de la continuité des parcours de vie », faisant référence à l'effort d'**intégration des services d'aide et de soins dans le champ gérontologique (méthode MAIA), qu'il convient de poursuivre** pour engager une transformation en profondeur de la façon de travailler de chacun des acteurs. Une organisation intégrée vise à créer une responsabilité collective des acteurs d'un territoire pour assurer la continuité des parcours de vie d'une population.

À l'heure de ce bilan, **le Conseil salue la poursuite du déploiement de l'intégration des acteurs** (cinquante nouveaux dispositifs MAIA en 2015), qui participe à la lisibilité de l'action des CLIC et des réseaux, **et les améliorations prévues par le projet de loi** (révision de l'acronyme MAIA, possibilité pour les professionnels d'échanger des informations). Il appelle cependant à une **recherche d'articulation plus claire avec d'autres politiques publiques allant dans le même sens**, comme le programme expérimental « PAERPA » ou les programmes dits « PRADO » (programme d'accompagnement du retour à domicile) de l'Assurance maladie.



**Cette dynamique d'intégration doit être étendue, selon le rapport de 2012 du Conseil, au champ du handicap**, en l'adaptant à ses spécificités. Il recommande de confier l'impulsion de cette dynamique au niveau local à un pilote identifié, missionné par les membres de la commission exécutive de la MDPH.

**Les mesures proposées par la mission « Une réponse accompagnée pour tous » étant tout à fait cohérentes avec ses propres recommandations, le Conseil approuve les premiers pas engagés début 2015 pour les mettre en œuvre concrètement** et insiste sur l'importance d'une forte mobilisation de tous (ARS, conseils départementaux, MDPH,

établissements et services, acteurs de l'emploi, de l'éducation, associations, etc.).

Les mesures du **projet de loi Santé** relatives à la coordination et au décloisonnement des intervenants vont dans le bon sens. **Le Conseil suivra avec attention l'évolution du texte sur ces aspects** : il reste vigilant sur le risque de dispositifs excessivement centrés sur les besoins du seul secteur sanitaire, et insiste sur l'importance d'articuler les dispositifs nationaux poursuivant des objectifs proches pour éviter une impression d'empilement.

Le Conseil a régulièrement souligné la nécessité de rapprocher les actions des Conseils départementaux et des caisses de retraite.

Selon une étude réalisée par l'ODAS, **la reconnaissance réciproque des évaluations réalisées par les professionnels des caisses et des conseils départementaux reste aujourd'hui limitée** : « Dans 15 % des départements, les reconnaissances sont uniquement le fait de la CARSAT à l'égard des évaluations réalisées par les équipes médico-sociales du département, et lorsque la reconnaissance est réciproque, ce qui est le cas dans 25 % des départements, elle ne porte une fois sur trois que sur le GIR<sup>5</sup>. »

**La mise en place de conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées constituera une opportunité de mieux articuler les interventions des différents acteurs**, en cohérence avec les préconisations du Conseil dans son rapport de 2010.

**La composition des futurs « conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie » ouvre également une perspective de plus grande cohérence** des différentes politiques locales concourant à la citoyenneté et à l'autonomie des personnes.

**La place des usagers dans la gouvernance : une exigence à tous les niveaux**

Le Conseil affirme régulièrement dans ses rapports son **attachement à ce que la place des usagers et de leurs représentants soit respectée** : dans la gouvernance des MDPH (Commission exécutive et Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées), mais aussi (rapport 2009) dans celle des ARS « à la fois dans les instances de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans les

conférences de territoire, et dans le conseil de surveillance des ARS ».

Ce principe d'une implication active des personnes dans la conception et la gestion des politiques de l'autonomie se retrouve dans le rapport de 2011 (« faire des aidants et des associations qui les représentent de véritables partenaires dans l'élaboration des réponses et leur diffusion sur le territoire ») et il est bien entendu au cœur du rapport de 2013 relatif à la participation et la citoyenneté. Ce dernier préconise d'associer, à tous les niveaux, les représentants des personnes concernées aux chantiers opérationnels et stratégiques pour **coconstruire les décisions** et « être acteurs ensemble ». Il attire l'attention sur les formes et conditions de la participation qui sont décisives pour garantir une **véritable accessibilité des espaces de participation. Les difficultés individuelles qui peuvent persister doivent être compensées**, par exemple par des formations à la prise de parole ou à l'exercice d'un mandat de représentation, par la mise à disposition de moyens d'accompagnement et de traduction, etc.

Qu'il s'agisse de la gouvernance locale ou nationale, **le Conseil reste vigilant** quant à la place réservée aux personnes concernées, à l'heure où des projets de loi concernant les politiques de l'autonomie sont discutés au Parlement.

Il s'exprime dans son rapport de 2013 au sujet du projet de « **conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie** » (dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement), **dont il a salué la composition mixte** (personnes âgées, personnes en situation de handicap) **et le périmètre de compétence** incluant toutes les questions sociétales concernant les

personnes et non pas uniquement les questions sanitaires ou médico-sociales.

**Il souhaite que les futurs CDCA soient de véritables lieux de consultation et de coconstruction des politiques publiques, disposant de moyens suffisants pour travailler, et que leur avis compte.** Il appelle de ses vœux des travaux d'approfondissement pour distinguer les sujets relevant d'un CDCA plénier et les sujets appelant un traitement spécifique selon l'âge des personnes concernées, réflexions sur lesquelles le CNRPA, le CNCNH et la Conférence nationale de santé ont avancé depuis quelques mois. Le Conseil ne souhaite pas que les pouvoirs publics disposent d'un pouvoir de désignation unilatéral des membres du CDCA, et souhaite en tout état de cause contribuer aux travaux d'élaboration des textes d'application du projet de loi.

**Concilier proximité et égalité de traitement : un impératif exigeant**

**L'appui aux acteurs locaux : levier suffisant pour favoriser l'égalité de traitement ?**

L'exigence d'égalité de traitement est, selon le Conseil (rapport 2007), « un objectif fondamental d'un droit à compensation de la perte d'autonomie : on ne peut pas parler d'un droit si son application dépend arbitrairement du lieu où il est exercé ». Résoudre la potentielle contradiction entre égalité et proximité, dans un contexte de décentralisation (l'acte II de la décentralisation est concomitant de la création de la CNSA) constitue sans doute l'un des principaux défis posés à la CNSA.

Derrière la notion d'égalité de traitement, lorsque l'on parle d'une prestation fortement individualisée,

5. ODAS (2014), Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées. Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements, *Cahier de l'ODAS*.

on ne peut prétendre rechercher une égalité au sens d'une identité des réponses, une « égalité des résultats ». Il s'agit donc davantage de **rechercher une similitude dans les méthodes de traitement des dossiers, plus qu'une égalité de « prise en charge » des personnes.** Comme l'exprimait le premier directeur de la CNSA, Denis Piveteau, « ce n'est pas le diagnostic lui-même ou les aides qui vont suivre pour répondre à ce diagnostic que l'on peut passer au crible du principe d'égalité puisque aucune situation ne se superpose à aucune autre, et que l'expression de besoins a précisément pour but de faire émerger les singularités. En revanche il faut que la méthode d'analyse, le processus d'élaboration, les outils techniques d'évaluation et du diagnostic soient universels ».

La CNSA cherche depuis sa création à **agir dans le sens d'une harmonisation des pratiques** des MDPH, d'une interprétation partagée des textes, du partage d'outils guidant le processus d'évaluation et d'attribution des droits, dans le respect de la marge de manœuvre des acteurs locaux et de la libre administration des collectivités. Malgré cette action, les pratiques et organisations locales restent diverses et hétérogènes.

Le Conseil approuve les actions entreprises par la CNSA, les encourage, et souhaite que la Caisse les déploie dans le champ des personnes âgées (préconisation émise dès 2007). Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de confier cette mission à la CNSA dans le domaine de l'APA, ce qui répondra à la recommandation du Conseil.

**Certains membres s'interrogent néanmoins aujourd'hui sur le caractère suffisant de cette action pour garantir l'égalité de traitement.** Ils souhaiteraient que la CNSA se voie confier **des leviers plus**

**contraignants lui permettant de prescrire aux MDPH des pratiques et des processus plus normés et standardisés.** Ils se réjouissent, par conséquent, que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la possibilité pour la CNSA de définir des normes en matière de systèmes d'information.

### Mesurer les progrès dans l'égalité de traitement

Au niveau global, la dispersion des taux d'équipements en établissements et services se réduit pour les personnes âgées et les adultes handicapés<sup>6</sup>, et les analyses de l'ODAS suggèrent une tendance à la convergence des dépenses sociales des conseils départementaux (rapportées au nombre d'habitants) depuis la décentralisation<sup>7</sup>.

Cependant, le rapport d'information de l'Assemblée nationale relatif à la mise en œuvre des missions de la CNSA<sup>8</sup> met en évidence **l'importance des disparités interdépartementales accordées.** Ainsi le rapport entre la dépense d'APA et le nombre d'habitants de 75 ans et plus varie de 1 à 5 entre le département où la dépense est la moins élevée et celle où elle est la plus élevée. En matière de PCH, on constate un écart de 1 à 7,5 concernant la dépense rapportée à la population de 20 à 59 ans.

6. Cf. indicateurs du programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexés au PLFSS 2015.

7. Selon l'ODAS (résumé du colloque « Trente ans de décentralisation. Quel avenir pour l'action sociale et médico-sociale ? » du 13 novembre 2014), « l'analyse de l'évolution des dépenses de l'ensemble des départements permet de constater l'existence d'une tendance à la convergence des dépenses (...). C'est dans le secteur de l'hébergement des personnes handicapées, où la croissance des dépenses a été la plus forte, que cette réduction des inégalités est la plus significative. L'indicateur de dispersion des dépenses passe en effet de 2,2 en 1984 à 1,7 en 2012. La dispersion a donc régressé de 25 % environ ».

8. Assemblée nationale (2015), *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la CNSA.*

**Le Conseil recommande qu'à l'avenir des données comparatives de ce type soient publiées régulièrement et diffusées afin d'encourager et d'éclairer le débat.**

L'Assemblée nationale pointe également **l'absence d'étude fournissant une explication objective de ces disparités**, qui découlent probablement d'une combinaison de facteurs, notamment d'ordre sociodémographique (état de santé, ressources de la population, disponibilité d'aidants informels, etc.) et d'ordre plus organisationnel ou concret (pratiques des équipes, outils utilisés, etc.).

L'étude (en cours de finalisation) relative aux modalités d'attribution de l'APA et de la PCH dans les départements, commandée par la CNSA, doit fournir une analyse des causes des disparités observées. Les enseignements de l'étude seront utiles pour avancer sur la réduction de ces disparités en ciblant les efforts, et pour mesurer les effets des actions engagées. **Le Conseil sera attentif à ces travaux.** Dans le cadre du présent bilan, il regrette cependant de **ne pouvoir s'appuyer sur des analyses objectivées pour mesurer les progrès réalisés ou non en matière d'égalité de traitement.** Cette notion est certes difficile à cerner de façon objective, mais il serait pertinent d'engager des réflexions à ce sujet pour mieux évaluer la réalisation de cette mission essentielle que la loi confie à la CNSA. **L'enjeu est d'autant plus prégnant que la CNSA devient également garante de l'équité de traitement des demandes d'APA (mesure du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement).**



## Une solidarité financée en priorité par des recettes publiques

### Un consensus fort au sein du Conseil

Si les propositions du Conseil dans ses différents rapports sont assez prudentes concernant la mobilisation de tel ou tel type de recettes pour financer les politiques de l'autonomie, **une ligne se dégage en faveur d'une prédominance de la solidarité publique dans les rapports de 2007 et 2008** (« la nature des ressources, nationales ou locales, devant être débattue » – rapport 2007).

Dans le rapport de 2007, le Conseil est ouvert à l'idée que **« la question de la prise en charge par un financement public ne se pose pas nécessairement dans les mêmes termes pour les situations de handicap, la perte d'autonomie au grand âge et les atteintes temporaires liées à un accident »**. Il ne ferme

donc pas la porte à **l'étude des modalités d'articulation entre la solidarité nationale ou locale et les mécanismes de prévoyance**.

Il préconise en 2007 de « définir d'entrée de jeu certaines règles communes et certains éléments de partenariat avec les organismes en charge de la prévoyance complémentaire (standardiser les outils d'évaluation, définir des référentiels de qualité...) », l'idée de partenariat public-privé étant reprise en 2008 pour souligner le besoin préalable « d'outils communs, donc coélaborés par tous les acteurs concernés, (...) notamment des référentiels communs, des critères de solidarité, dans le cadre d'un cahier des charges garantissant le choix éclairés de ceux qui voudront y souscrire ». En 2008, le Conseil précise que, « si un financement contractuel et des mécanismes de prévoyance devaient être envisagés, la majorité des membres du Conseil préfère alors nettement la prévoyance collective à la prévoyance individuelle ».

Dans la suite de ces préconisations, un groupe de travail associant financeurs publics, assureurs, mutualités et institutions de prévoyance s'est réuni à la CNSA et a fait progresser la réflexion, mais sans parvenir pour autant à des règles partagées d'éligibilité aux prestations ni à un cadre de complémentarité entre un socle public et une offre complémentaire. **Le financement des politiques de l'autonomie reste actuellement très majoritairement dominé par la solidarité publique** (assurance maladie, contribution et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, CSG, recettes des conseils départementaux).

### Un questionnement persistant sur les logiques d'intervention de la solidarité

Le Conseil interroge dans plusieurs de ses rapports la façon dont sont répartis les coûts entre les financeurs et entre financeurs et usagers, tant à domicile qu'en établissement.



Dès 2006, il suggère de **repenser le reste à charge en EHPAD** en revoyant l'imputation des charges sur la section hébergement, en réfléchissant aux différentes modalités de couverture du risque de perte d'autonomie (universelle/complémentaire obligatoire/assurantielle...), et en améliorant la transparence sur les différents coûts. Dans le rapport de 2007, le Conseil exprime en tout cas un consensus sur le fait que l'insuffisance de ressources des usagers ne doit pas faire obstacle à l'accès au panier de biens et services nécessaires à la compensation. Il préconise en outre de « dégager une vision globale sur les dotations aux personnes et aux établissements et de faire évoluer les frontières entre les deux afin de laisser au bénéficiaire de l'aide plus de liberté dans ses choix ».

Si la tarification des EHPAD n'a pas connu d'évolution profonde depuis ces préconisations, on peut citer les **travaux qui s'engagent début 2015 dans le cadre de groupes partenariaux** à l'initiative

de la secrétaire d'État en charge des Personnes âgées sur les modalités de contractualisation et de financement de ces établissements. Concernant la limitation du reste à charge, la CNSA dispose de peu de leviers d'action, mais le **versement d'aides à l'investissement aux établissements médico-sociaux** à hauteur de 1,7 Md€ depuis 2006 a contribué à limiter l'impact sur les tarifs hébergement des travaux de modernisation conduits dans les EHPAD.

**Le Conseil alerte sur le reste à charge lors de l'achat d'aides techniques, qui reste très élevé.** La CNSA anime un observatoire national sur le sujet, a soutenu des centres d'expertise nationaux et a produit des études et analyses relatives aux fonds départementaux de compensation. **Il convient cependant d'aller plus loin** pour structurer le secteur des aides techniques, caractérisé par un grand nombre d'intervenants et un manque de lisibilité pour les usagers et les prescripteurs (notamment un manque d'évaluation du service rendu par les aides techniques et de leur adéquation aux besoins).

**La CNSA ne pourra cependant porter seule les évolutions structurelles nécessaires.**

Concernant les dépenses de compensation et les dépenses d'assurance maladie, le Conseil rappelle en 2007 que les premières ont vocation à couvrir les « surcoûts » liés à l'atteinte à l'autonomie de la personne et les secondes les dépenses de soins. Mais cette distinction n'empêche pas le Conseil d'interroger les différences dans la couverture de ces dépenses dans le rapport de 2009 : il invite à « **se poser à nouveau au niveau national les questions des logiques d'intervention de la solidarité nationale.** Alors que la réponse aux besoins des personnes peut souvent relever de la même approche, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, l'histoire de la protection sociale aboutit aujourd'hui à une solvabilisation par la solidarité nationale très différente selon la catégorie juridique du service et la logique de son financement. » **Cette interrogation persiste aujourd'hui.**

## Des financements dynamiques à sanctuariser

Les crédits alloués aux politiques de l'autonomie et au secteur médico-social doivent croître régulièrement, selon le Conseil, pour « susciter une quantité et une qualité de services à la hauteur des besoins recensés, aider les aidants et soulager les familles et les personnes du poids des reste-à-charge » (2007 ; 2009 ; 2011), et leur exécution doit être la plus complète possible (2008).

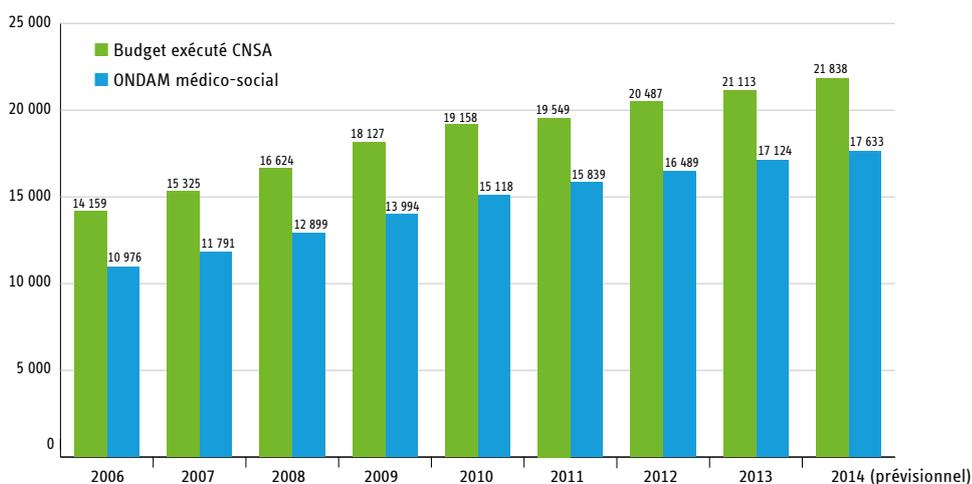
De ce point de vue, la réalité de l'évolution du budget de la CNSA – +56 % entre 2006 et 2014 – a suivi le souhait du Conseil de la CNSA.

crédits distinguant les autorisations d'engagement et les crédits de paiement pour mieux les ajuster aux besoins liés aux ouvertures de places, démarrage plus précoce des campagnes budgétaires, pilotage infraannuel renforcé...).

À plusieurs reprises au fil des rapports annuels, le Conseil de la CNSA rappelle sa vigilance quant à la sanctuarisation des crédits gérés par la Caisse. Il convient de « faire jouer à la CNSA un rôle additionnel vis-à-vis des engagements financiers de l'État et de l'assurance maladie et non un rôle substitutif » (2006), et de maintenir les excédents dans le budget de la Caisse tout en cherchant à les réduire (2008).

fonds de restructuration de l'aide à domicile...). Les 392 M€ « restitués » par la CNSA à l'Assurance maladie<sup>11</sup> depuis 2006 représentent 1,6 % du total des recettes propres de la CNSA sur cette période (24,5 Md€ depuis 2004). Le Conseil rappelle sa ferme opposition à ce type de redéploiement de crédits de la CNSA, de même qu'il regrette la pratique persistante (déjà dénoncée dans le rapport de 2009) d'utilisation des réserves de la CNSA pour construire l'ONDAM (à hauteur de 730 M€ au total). Il alerte sur le fait que cette pratique n'est pas soutenable à terme, le montant des réserves de la CNSA ayant tendance à baisser. ■

## ■ Évolution du budget de la CNSA (en millions d'euros) de 2006 à 2014



La sous-consommation des crédits de l'objectif global de dépenses, à laquelle le Conseil fait référence dans son rapport de 2008, et qui a donné lieu à d'importants débats jusqu'à récemment, est en voie de forte réduction<sup>9</sup>, répondant ainsi également à la préoccupation du Conseil. L'État et la CNSA ont en effet pris un certain nombre de mesures depuis 2010 visant à prévenir la sous-consommation (délégation des

Conformément au principe fondateur de la CNSA, les crédits non utilisés viennent abonder les réserves, ce qui constitue un dispositif dérogatoire au droit commun des finances publiques. Les crédits non utilisés ont été dans leur très grande majorité réaffectés les années suivantes dans le champ d'intervention de la CNSA (PAI<sup>10</sup>,

9. Elle est ainsi passée de 245 M€ en 2011 à 173 millions d'euros en 2012 et 100 M€ en 2013.

10. 1,75 Md€ d'aides versées (1,93 milliard en incluant les opérations Contrats de plan État-région) ; ces aides ont contribué à la réalisation de plus de 12 milliards d'euros de travaux au bénéfice de plus de 3 000 ESMS.

11. Les excédents de la CNSA ont contribué au respect de l'ONDAM au travers de deux opérations de diminution des crédits initialement prévus dans l'ONDAM médico-social votées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010 et 2011, pour un montant global de 250 millions d'euros : 150 millions en 2009 et 100 millions en 2010. En 2009, ces restitutions de crédits sont venues compenser des dépassements enregistrés sur d'autres sous-objectifs de l'ONDAM, notamment les établissements de santé, traduisant une « fongibilité à rebours » de l'ONDAM médico-social vers l'ONDAM sanitaire. Pour 2014, l'annulation de crédits de 142 M€ a porté à la fois sur l'ONDAM et l'OGD et non pas sur les réserves de la CNSA.

# Une réponse personnalisée et accompagnée pour chacun : notre défi collectif

Le contenu et l'organisation de l'offre d'accompagnement doivent continuer d'évoluer dans la direction donnée par le Conseil de la CNSA, afin de pouvoir proposer à chacun des réponses personnalisées, évolutives, permettant un parcours de vie sans rupture et une vie parmi les autres.



## Des barrières d'âge font encore obstacle à un « droit universel à compensation »

### L'évaluation, étape clé

Le Conseil de la CNSA a insisté, dès son premier rapport (2006), sur l'exigence de « **placer en premier l'écoute de la personne et de ses besoins** ». Cela doit prendre la forme d'une **évaluation individualisée et multidimensionnelle, globale, de la situation des personnes**. Cette évaluation est le **premier élément constitutif du droit universel à compensation pour l'autonomie**, que le Conseil de la CNSA appelle de ses vœux.

Le caractère global de l'évaluation renvoie aux différentes dimensions du projet de vie de la personne. Comme l'écrit le Conseil dans son rapport de 2009, « l'affirmation de ce projet de vie comme principe général est essentielle : la personne en situation de perte d'autonomie ne demande pas, comme une personne malade, à être « simplement » guérie (durablement ou non) pour vivre à nouveau pleinement ; **elle veut vivre, dans toutes les dimensions de la vie sociale (à domicile ou en institution, au travail, à l'école...), avec les contraintes que sa situation fait peser sur son mode de vie.** (...) C'est parce qu'il y a projet de vie quel que soit l'âge ou le handicap

que peuvent ensuite se construire l'évaluation des besoins et le projet personnalisé de compensation. »

Le Conseil salue donc **l'introduction dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement de la notion de projet de vie pour les personnes âgées** (« la personne âgée a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie (...) »).

### Un processus encore marqué par la barrière d'âge de 60 ans

Sur cet aspect du droit universel à compensation, le Conseil dresse un bilan en demi-teinte de la mise en œuvre de ses recommandations.

### Les outils et processus d'évaluation des besoins restent distincts selon que les personnes ont plus ou moins de 60 ans.

Dans le champ du handicap, l'évaluation des besoins par les équipes pluridisciplinaires a bien progressé par rapport à l'époque précédant les MDPH, et la participation des partenaires de la MDPH à l'évaluation est un point positif. **La CNSA a élaboré des outils à l'appui des pratiques des MDPH et de leurs partenaires**, à l'instar du guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages (les troubles « Dys »), et **mis en œuvre un plan d'appropriation du GEVA** (diffusion d'un cahier pédagogique sur le GEVA et la notion de GEVA-compatibilité, réunions d'information régulières dans les départements avec les MDPH et leurs partenaires, etc.). Selon une enquête de début 2013, sur 74 MDPH ayant répondu, 98 % déclarent utiliser le GEVA, contre 75 % en 2009. Cette utilisation, initialement focalisée sur l'éligibilité à la PCH, s'étend progressivement à d'autres demandes (autres prestations, orientations en ESMS par exemple).

Si certaines demandes adressées aux MDPH justifient une analyse limitée à une lecture du dossier, certains membres du Conseil regrettent que **cette analyse rapide soit encore trop souvent appliquée à des situations qui nécessiteraient une réelle rencontre** avec la personne et son entourage et une évaluation plus approfondie de ses besoins.

Quant à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) à domicile, elle est attribuée après une évaluation fondée sur la grille AGGIR, outil de détermination de l'éligibilité des personnes fondé sur l'analyse des capacités fonctionnelles, et

non sur une évaluation globale et multidimensionnelle. De ce point de vue, le Conseil accueille favorablement la **perspective d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel pour les équipes médico-sociales APA** des conseils départementaux (prévu par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement).

Il apparaît en outre que le contexte budgétaire difficile des conseils départementaux se traduit à certains endroits par une tendance à la réduction des montants d'APA accordés et à la révision à la baisse de plans personnalisés de compensation du handicap. Certains membres du Conseil tiennent à rappeler qu'il est contraire à l'esprit de ces prestations de partir des ressources disponibles pour définir le plan d'aide, ce dernier devant avant tout répondre aux besoins de la personne, analysés dans leur globalité.

Dans le contexte de lancement de réformes importantes impliquant des outils de description des besoins des personnes (tarification des établissements et services pour personnes handicapées, révision de la tarification des EHPAD), le Conseil tient enfin à **rappeler son attachement au principe de convergence autour d'une évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes, quel que soit l'âge.**

### APA, PCH : des réponses qui restent différentes

Créer un droit universel à la compensation pour l'autonomie signifie identifier les besoins de chaque personne via une évaluation personnalisée et multidimensionnelle, mais également de **créer une prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie correspondant, pour chaque personne concernée, aux prestations d'aide nécessaires**

**identifiées comme telles au sein du plan personnalisé de compensation** (rapport 2007).

Le Conseil s'oppose à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations : c'est la singularité de chaque situation qui doit déterminer les réponses à apporter. Comme il l'écrit en 2007 : **« Il est de l'essence même de l'éventail des services liés à la compensation que leur contenu ne soit pas uniforme**, et prenne appui sur toutes les ressources institutionnelles et techniques de l'environnement local, qui est précisément l'environnement concret de la vie courante. »

Des réponses et des **« paniers de biens et services différenciés » (individualisés)** : c'est ce que préconise le Conseil en 2008 pour faire évoluer APA et PCH vers une prestation universelle quel que soit l'âge. **Les réponses apportées doivent, en outre, rester évolutives (pour s'adapter à la situation de la personne) et coordonnées, voire intégrées** (« dans l'idéal, chaque intervenant doit être en mesure d'entendre ou de détecter l'évolution d'une situation et d'en tirer les conséquences soit pour son intervention propre, soit pour détecter le besoin de mise en place d'une autre réponse »).

**Cette convergence entre l'APA et la PCH, prévue dans la loi de 2005, n'a pas eu lieu.** Le type de biens et services accessibles par le biais de chacune de ces prestations est différent. L'aide pour les activités domestiques par exemple est éligible à un financement par l'APA mais pas par la PCH. **Le Conseil préconise de rendre éligibles à la PCH les activités domestiques et l'aide à la parentalité.**

## La connaissance des besoins doit progresser

Le Conseil préconise de fonder le développement et l'amélioration de l'offre sur une connaissance fine des besoins des personnes, une meilleure compréhension de leurs déterminants, et une analyse longitudinale de leurs parcours. L'amélioration de la **connaissance des besoins** (qualifier ces besoins « au plus près des situations vécues par chaque personne ») est en effet un souci permanent du Conseil, dès les rapports de 2007 et 2008.

La réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, engagée fin 2014, passera l'élaboration d'une **nomenclature de description des besoins**. Ce travail sera très structurant et déterminera notre capacité collective à décrire les besoins des personnes au niveau individuel mais également au niveau collectif. Le Conseil de la CNSA souhaite être informé régulièrement de l'avancement de ce chantier.

Le rapport de 2010 recommande également une **amélioration de la connaissance des déterminants de la fragilité** (pour les personnes quel que soit leur âge, et en intégrant les dimensions sociales et environnementales de la fragilité) et l'élaboration d'indicateurs relatifs aux incapacités évitables.

**Sur ce thème, les recherches se sont développées depuis**, comme en témoignent les travaux menés notamment par le gérontopôle de Toulouse ou encore le pôle gérontologique interrégional Bourgogne-Franche-Comté, ainsi que les initiatives des pouvoirs publics (cf. travaux de la CNAV, de la MSA et du RSI sur une grille de détection de la fragilité notamment).

En 2011, le Conseil préconise de mener davantage de travaux de recherche pour améliorer la

connaissance des profils et de la diversité des **situations des proches aidants**.

Les rencontres scientifiques de la CNSA organisées en novembre 2014 ont permis de faire connaître et de diffuser un certain nombre de travaux de recherche sur les proches aidants.

Enfin, le rapport de 2012 relatif aux parcours de vie souligne également le besoin de travaux de recherche pour **caractériser les parcours des personnes**, et préconise d'harmoniser les modes d'anonymisation des données utilisés pour les bases de données nationales de façon à permettre leur exploitation croisée, et d'ouvrir plus largement l'accès à ces bases de données pour des travaux de recherche.

Des signes sont donnés d'une ouverture en ce sens début 2015 (cf. *événement sur l'ouverture du fichier DAMIR fin 2014 dans une logique d'open data - hackathon* -, ou encore *convention CNAMTS - école Polytechnique sur l'exploitation du SNIIRAM*).

Sur cette question de la connaissance des besoins, qui est complexe<sup>12</sup>, **le Conseil estime que les avancées sont intéressantes mais encore insuffisantes**, y compris pour les personnes vivant à domicile.

## L'offre d'accompagnement évolue

Il convient d'améliorer la connaissance qu'a la CNSA de l'offre disponible: **son regard est encore partiel, faute d'une visibilité satisfaisante sur l'offre non financée par l'Assurance maladie**. Or les différentes composantes de l'offre d'accompagnement et de soin sont

interdépendantes et fonctionnent de façon complémentaire. **L'analyse doit donc porter sur l'ensemble du champ**, que les services et établissements relèvent du champ social, sanitaire, ou médico-social.

## Un effort significatif de création de places

Le Conseil recommande en 2008 de « maintenir à hauteur des besoins **le rythme et l'ampleur des créations de places et d'emplois**, tant à domicile qu'en établissement, financées notamment par l'Assurance maladie ou par les départements ».

De ce point de vue, les plans gouvernementaux de création de places des années 2008-2012 (dont la CNSA rend compte de la mise en œuvre chaque année lors de la séance du Conseil de juillet) ont permis **une augmentation de l'offre disponible**, et continuent de produire des effets. Dans le champ du handicap, 30 000 places nouvelles en établissements et services médico-sociaux ont été autorisées depuis 2008 (chiffres à fin décembre 2013), dont 24 000 installées. 10 000 places vont encore être installées dans les années à venir. Dans le champ des personnes âgées, ce sont près de 77 000 places qui ont été autorisées dans le cadre du plan Solidarité grand âge, dont près de 61 000 ont été installées (auxquelles s'ajoutent respectivement 20 000 et 17 700 places dans le cadre du plan Alzheimer<sup>13</sup>). Environ 40 000 places seront installées d'ici à 2018.

13. Le Conseil regrette néanmoins que le dispositif des pôles d'activité et de soins adaptés n'ait connu qu'une mise en œuvre partielle (nombre de places installées correspondant à la moitié de la cible) du fait notamment de la rigidité de son cahier des charges. Cette difficulté bien identifiée fait l'objet d'une mesure spécifique du plan Maladies neuro-dégénératives, qui prévoit de réviser le cahier des charges.

12. Comme le décrit bien le rapport IGAS de mai 2014 relatif à l'évaluation du plan Alzheimer et du plan Solidarité grand âge (2013/177R-178R).



De leur côté, les conseils départementaux ont poursuivi leurs efforts de création de places pour personnes handicapées adultes, comme en témoigne l'évolution de leurs dépenses en matière d'hébergement (de 2,59 Md€ en 2003 à 4,47 Md€ en 2013) documentée par l'ODAS<sup>14</sup>.

**Le Conseil de la CNSA souligne la nécessité de poursuivre l'augmentation et l'adaptation des capacités d'accueil et d'accompagnement.** L'offre doit être à la hauteur des besoins des personnes et de l'évolution démographique.

Par ailleurs, l'offre d'accompagnement par les services d'aide et d'accompagnement à domicile subit les conséquences des contraintes budgétaires des conseils départementaux. Le Conseil s'inquiète face au constat d'un recul de l'activité (- 3,5 % en 2013 dans le secteur des services à la personne selon la DARES) et d'une contraction

du nombre d'emplois dans le secteur (le nombre de salariés de la branche de l'aide à domicile a baissé de 4,5 % entre 2012 et 2013 selon la branche), alors que le souhait de la majorité des Français est de pouvoir vivre chez soi.

Le Conseil est particulièrement attaché à ce que la **capacité d'innovation du secteur** soit préservée dans le cadre de la mise en place des appels à projets (rapport 2008), rappelant la légitimité des usagers et des familles dans l'organisation de réponses médico-sociales adaptées aux besoins (rapport 2009). Le rapport 2012 préconise de favoriser la **diversification de l'offre** d'accompagnement, invitant ainsi à innover dans les réponses apportées.

**La marge d'innovation et de créativité effectivement laissée aux acteurs de terrain n'a pas disparu du fait des appels à projets.**

21 % d'entre eux sont consacrés à l'innovation selon le bilan réalisé par la CNSA fin 2014 sur le périmètre des ARS (en l'absence de visibilité

globale sur les appels à projets des conseils départementaux), même si **des différences se font jour selon les régions**, certaines ARS ayant encouragé de façon plus volontariste que d'autres l'émergence de solutions nouvelles proposées par le terrain. Le Conseil souhaite que les freins persistants à la recherche de solutions innovantes soient levés, comme le régime des autorisations d'établissements et services par catégories trop spécialisées d'établissements.

**L'articulation renforcée entre schémas départementaux et PRIAC**

que le Conseil appelle de ses vœux dans les rapports de 2007, 2008 et 2009 est bien affirmée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 : adoption des schémas départementaux après avis de l'ARS, élaboration du SROMS au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, appels à projets conjoints ARS-conseils départementaux pour les structures cofinancées, instances de concertation locale (CRSA, conférences de territoires) et commissions de coordination

14. ODAS (2013, 2014), *La lettre de l'ODAS. Finances départementales.*

des politiques publiques chargées de s'assurer de la cohérence et de la complémentarité des actions conduites par leurs membres. **La CNSA a repris et développé cette recommandation de coopération entre ARS et conseils départementaux dans le guide relatif à l'élaboration des schémas régionaux** de l'offre médico-sociale qu'elle a coélaboré avec la DGCS en 2011.

**Sur le terrain, cette articulation reste néanmoins fragile et sa qualité dépend des territoires.** Le Conseil maintient donc sa vigilance et renouvelle cette recommandation, notamment à la veille de la réforme territoriale et de la constitution de grandes régions.

Concernant la diversification de l'offre, la prise en compte d'un éventail plus large de maladies par le plan Maladies neuro-dégénératives doit être saluée.

**Faire jouer la complémentarité entre secteurs pour un accompagnement global**

### Structurer l'articulation sanitaire-médico-social

Le rapport de 2009 est consacré à l'articulation des secteurs sanitaire et médico-social que le Conseil appelle à structurer, sans soumettre un secteur à la logique de l'autre mais plutôt en optimisant l'apport respectif des deux secteurs et leur complémentarité.

### Des attentes vis-à-vis des ARS

Il convient de souligner ici que la CNSA est dépourvue de leviers d'action très incitatifs en matière de décloisonnement avec le sanitaire (cf., ci-dessus, cloisonnements au niveau national). Des attentes importantes reposent donc sur les ARS.

Le Conseil souhaite que les ARS, « par une analyse transversale des besoins et des facteurs de blocage comme par leur capacité de décision rassemblée dans la même main, assurent une réorientation de l'offre sanitaire vers le médico-social, là où les évolutions des besoins et des techniques le permettent et le justifient. Les ARS ainsi que les structures chargées d'accompagner la démarche d'efficacité comme l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) devront privilégier, ce faisant, une approche globale du secteur pour éviter que la poursuite des gains sur un segment de l'offre se fasse par report de charges sur un autre. (...) Il faudra aussi être attentif à ce que le développement de l'offre médico-sociale ne se fasse pas seulement en vue de réorienter les personnes aujourd'hui maintenues de façon inadaptée dans les structures hospitalières, mais en tenant compte des besoins tout

aussi légitimes de relais lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. »

Les travaux menés par l'ANAP sur les parcours des personnes âgées ou la santé mentale sont **cohérents avec cette recommandation du Conseil**. Il convient en outre de saluer le projet de fusion des schémas d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale en un seul schéma, prévue par le projet de loi Santé, qui favorisera une approche cohérente de ces deux secteurs.

Dans son rapport de 2012, le Conseil préconise de **renforcer la fongibilité des enveloppes de crédits** gérées par les ARS et d'en assouplir les modalités de mobilisation et d'affectation afin de favoriser la coopération intersectorielle entre professionnels. Il rejoint en cela les recommandations du rapport IGAS-IGF sur les établissements et services pour personnes handicapées.



L'alimentation du **Fonds d'intervention régional (FIR)**, dont l'utilisation est à la main des ARS, contribue à accroître leur marge de manœuvre et la souplesse d'utilisation des crédits, ce que le Conseil salue comme une première avancée.

*Une articulation à améliorer autour de certaines populations en particulier*

Le Conseil souhaite notamment que progresse « la réflexion sur la place respective de l'hôpital, des EHPAD et des services d'aide et de soins à domicile dans la réponse

perle d'autonomie) et les analyses de l'ANAP sur les parcours des personnes âgées, **mais reste d'actualité. Elle peut trouver un écho supplémentaire dans les travaux qui s'engagent** à l'initiative du ministère sur les EHPAD début 2015.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement propose d'expérimenter un rapprochement des services d'aide, d'accompagnement et de soins au sein de **services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Le Conseil approuve cette orientation et souhaite voir ce type de services se développer.**

Les institutions médico-sociales, notamment les MDPH, devront se mettre en situation de répondre aux demandes de compensation de la perte d'autonomie d'une population, quel que soit son âge, qui ne sera pas la plus traditionnelle du handicap » (2009).

**De premiers progrès sont à constater**, comme la facilitation de l'intervention de services d'hospitalisation à domicile dans les établissements et services médico-sociaux (décrets du 6 septembre 2012, circulaire de mars 2013), dont les effets concrets sont cependant encore à évaluer<sup>15</sup>, ou encore les programmes « PRADO » de l'assurance maladie. **Ces préconisations du Conseil sont néanmoins toujours valables. Le Conseil insiste en outre sur l'importance d'organiser un meilleur accompagnement des personnes en fin de vie en établissement médico-social.**

*Une articulation essentielle en matière de repérage et d'intervention précoce*

Concernant les enfants en situation de handicap, le Conseil souligne en 2009 que « la bonne coordination des moyens et des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales est cruciale pour ce qui concerne le dépistage précoce des situations de handicap et la prise en charge des jeunes enfants ». Comme il le précise en 2010, « une stratégie d'intervention précoce, dès lors qu'une déficience est survenue, est également



**aux besoins des personnes âgées.** (...) Cela suppose une réflexion sur les besoins territoriaux et les modalités de coopération des EHPAD avec les ressources sanitaires (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs, professionnels libéraux, etc.) mais aussi avec les services d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'une réflexion sur l'évolution du modèle même des EHPAD » (rapport 2009).

**Cette recommandation a trouvé de premières suites** dans les travaux relatifs au dispositif PAERPA (Personnes âgées en risque de

Dans le domaine de la santé mentale, l'articulation doit être étendue au champ social (logement, emploi, revenu minimum). Et plus largement, **concernant les maladies chroniques, « les institutions sanitaires devront être en mesure d'anticiper le besoin médico-social à venir dès la phase aiguë du traitement de la pathologie, si l'on veut éviter une prolongation inutile des séjours ou des sorties mal préparées ; comme les établissements et services médico-sociaux devront savoir organiser le recours à une prise en charge sanitaire. (...)**

15. Selon l'Observatoire national de la fin de vie (enquête à laquelle 3 700 établissements ont répondu), « 62,6% des EHPAD ont signé une convention avec une structure d'HAD. En revanche, seuls 8% d'entre eux y font appel dans les situations de fin de vie (...) ». Et dans le champ du handicap (778 établissements pour adultes interrogés, notamment FAM et MAS), « si seuls 18% des établissements ont établi une convention avec une structure d'HAD, cela s'explique en grande partie par le caractère très récent de ce dispositif (septembre 2012). » Sources : ONFV (2013), *La fin de vie dans les établissements pour personnes adultes handicapées*; ONFV (2013), *La fin de vie en EHPAD. Premiers résultats d'une étude nationale.*

susceptible de limiter, voire annuler un facteur de risque de handicap dépisté suffisamment tôt. (...) **Afin de renforcer l'efficacité de l'intervention précoce, il faut mettre davantage en synergie les systèmes qui fonctionnent souvent de façon trop éparse.** Par ailleurs, le repérage seul ne constitue pas une politique de prévention ; encore faut-il proposer des mesures d'accompagnement qui permettent d'en limiter, voire d'empêcher les conséquences des déficiences dans la vie quotidienne des personnes. »

En cohérence avec cette recommandation, l'instruction DGCS/CNSA du 17 juillet 2014 relative au **cadre national de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants avec autisme** ou autres troubles envahissants du développement (prévue par le plan Autisme) propose des clés pour les démarches régionales devant être menées par les ARS et leurs partenaires.

### Accès aux soins et aux dispositifs de prévention et d'éducation pour la santé

Le rapport de 2010 insiste sur **l'importance de l'accessibilité des soins ainsi que des dispositifs de prévention et d'éducation pour la santé** : « Les acteurs du système de santé doivent, comme tous les responsables et acteurs des autres politiques publiques, favoriser l'accessibilité de leurs services et de leurs actions, que ce soit par la mise en conformité des lieux de soins aux règles d'accessibilité du cadre bâti, la formation des professionnels de santé à l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées ; par la mise en place de dispositifs de communication adaptés ; ou l'adaptation des supports des campagnes de prévention aux besoins de certains publics. »

Le Conseil rappelle également dans le même rapport que, « bien qu'elle concerne les personnes âgées et handicapées, **la question de l'accessibilité de la prévention et du système de soins** ne relève pas de la CNSA (si ce n'est à travers la contribution des établissements et services médico-sociaux). Elle **est de la compétence des acteurs responsables de ces politiques** ; et il veillera à ce que la Caisse ne soit pas appelée à se substituer à ces derniers. »

Le Conseil salue donc l'initiative de la **charte Romain Jacob**, qui appelle l'ensemble des acteurs de santé à se mobiliser pour garantir aux personnes en situation de handicap l'accès à la prévention, aux soins, à l'accompagnement. La charte nationale a été signée le 16 décembre 2014 en présence de la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, entraînant depuis la signature de chartes régionales qui indiquent une volonté partagée d'avancer sur ce sujet qui appelle un engagement de tous les acteurs. **Cette volonté doit maintenant se traduire concrètement dans les actes et produire de réels changements.**

**Les déclarations du président de la République lors de la Conférence nationale du handicap fournissent une impulsion supplémentaire** en faveur de l'accès aux soins : à partir de janvier 2015, les contrats passés entre les agences régionales de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires doivent comprendre des objectifs concernant l'accueil des personnes en situation de handicap, et le déploiement de consultations spécialisées à l'hôpital doit être encouragé (avec le soutien du FIR). **L'accès aux soins des personnes en situation de handicap doit cependant s'inscrire dans un objectif de droit commun** et ne pas reposer sur les seuls financements du FIR. En outre, il ne doit pas s'inscrire uniquement

dans le contexte des maisons de santé pluridisciplinaires. **Le Conseil recommande que soient valorisées les consultations des professionnels de santé auprès des personnes en situation de handicap** pour répondre à des besoins qui leur sont spécifiques (temps nécessaire, complexité de la situation, etc.).

### S'engager de façon volontariste pour offrir une réponse accompagnée à chacun

Le Conseil affirme ici sa mobilisation collective pour traduire dans les faits et dans les fonctionnements de chacun des acteurs les préconisations formulées par le rapport de Denis Piveteau intitulé « Zéro sans solution ». Il convient en effet d'aller au-delà de la résolution ponctuelle de situations devenues critiques, et d'**apporter des réponses structurelles, permettant de prévenir les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation complexe.**

Des modifications profondes de l'organisation des acteurs et du fonctionnement de chacun sont nécessaires. Il convient de faire de chaque intervenant du parcours des personnes, MDPH, établissement, service, etc., un acteur de l'inclusion, au service de la continuité de ce parcours et de son adéquation avec le projet de vie de la personne.

### Professionnels et proches aidants : acteurs indispensables, mieux reconnus

#### Des professionnels de mieux en mieux formés

#### Poursuivre les efforts de formation et les axer sur les points de progrès identifiés

Le rapport de 2011 relatif aux proches aidants recommande « d'**amplifier l'effort en faveur de la formation des professionnels du soin et de l'accompagnement** »,



pour mieux accompagner les personnes aidées et soulager ainsi les aidants. Il identifie les **axes suivants, qui sont insuffisamment traités à ses yeux dans les formations**: « les incidences familiales du handicap, de la maladie, de la grande vieillesse, la compréhension de la relation aidant-aidé, et la complémentarité des interventions de l'aidant et du professionnel ». Le rapport de 2013 recommande en outre d'« insister, dans la formation des professionnels de l'aide et de l'accompagnement, sur l'intérêt et les modalités de la participation [des personnes] ».

**Des efforts importants ont été réalisés par le secteur médico-social depuis dix ans** pour offrir aux professionnels des formations et des possibilités de parcours motivants. La CNSA a soutenu ces efforts à travers ses conventions avec les organismes chargés du financement de la formation professionnelle (OPCA), auxquels elle a versé près de 120 M€ depuis 2008. Le plan pour

les métiers de l'autonomie, inscrit dans le rapport annexé du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, vise à favoriser l'amélioration des conditions d'emploi et de travail, renforcer l'attractivité des métiers au service de l'autonomie des personnes, et accompagner la poursuite de la dynamique de professionnalisation du secteur.

Le Conseil préconise en 2012 de « **décloisonner les cursus de formation** et les cultures professionnelles » afin d'accompagner « la nécessaire adaptation des pratiques professionnelles, élément clé du changement à accomplir pour promouvoir la continuité des parcours de vie ».

**Les travaux récents de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale** sur le thème « Métiers et complémentarités, architecture des diplômes de travail social » font écho à cette préconisation.

La commission estime, dans son rapport d'orientation (décembre 2014), que l'origine principale du cloisonnement des métiers est d'ordre institutionnel (« empilement des dispositifs, manque de cohérence entre politiques publiques, modes de financement hétérogènes... ») mais invite à « développer les transversalités via notamment un tronc commun de formation pour décroisonner les formations du sanitaire, du social, du médico-social, ou un socle commun comportant des modalités communes de stages ». Elle recommande en outre « le recours aux formations actions » et appelle à « dépasser "l'entre-soi" dans les formations pour développer "l'apprendre-ensemble", par des coformations interprofessionnelles, intersectorielles ou mêlant habitants/personnes concernées/bénévoles ». Il semble que **les formations dites croisées faisant se côtoyer des professionnels aux métiers différents, que le Conseil appelle aussi de ses vœux, restent rares et difficiles à mettre en place.**

La perspective des états généraux du travail social en 2015 peut permettre de franchir de nouvelles étapes dans une politique de reconnaissance de la valeur de ces métiers et d'amélioration de leurs conditions d'emploi et de travail.

**Diffusion d'une « culture de la participation », ingrédient d'un accompagnement de qualité**

Afin que les pratiques de coconstruction des réponses avec les personnes concernées se développent, et que les démarches participatives en établissements et services se diffusent, le Conseil insiste (2013) sur la responsabilité

recueil de la parole des personnes concernées » et que « les efforts des organismes et fédérations gestionnaires d'établissements et services visant à accroître la participation des personnes » soient « valorisés et récompensés ».

**Des proches aidants : acteurs de l'accompagnement, reconnus et soutenus à ce titre**

L'organisation et le contenu de l'offre d'accompagnement doit évoluer pour faire une place plus grande aux proches aidants en tant que « partenaires des professionnels » du fait de leur « expertise de l'expérience ».

par une distinction entre personnes handicapées et personnes âgées<sup>16</sup>, les droits des proches aidants dépendant encore du statut et de l'âge de la personne qu'ils aident, contrairement à ce que souhaite le Conseil.

**Une offre dédiée aux proches aidants qui doit s'étoffer et se structurer**

Il convient d'une part de « renforcer et mieux structurer les réponses apportées aux aidants, en passant par une phase de modélisation des expériences françaises et étrangères et en s'attachant à développer des services de proximité : solutions de suppléance



des équipes d'encadrement des structures pour accompagner le changement de regard et de posture des professionnels, créer un climat de confiance et de bienveillance qui n'oppose pas les uns aux autres, et les sensibiliser à leur rôle, qui consiste à accompagner et rassurer les équipes et à valoriser leur engagement dans des démarches de participation.

Il souhaite que soient mises en place « des formes multiples et diverses de participation et de

Cette recommandation de 2011 reste d'actualité. La reconnaissance de la contribution essentielle des proches aidants, sans lesquels le soutien à domicile ne serait souvent pas possible, semble progresser, comme en atteste l'introduction prévue dans le Code de l'action sociale et des familles d'une définition des proches aidants, ainsi que la forte mobilisation sociétale autour de ce thème (Journée nationale des aidants, Rencontres scientifiques de la CNSA en 2014...). On peut regretter cependant que l'approche de cette question reste marquée

et de répit pour l'aidant, formations des aidants... ».

L'offre dédiée aux aidants doit « respecter les spécificités des différentes situations d'aide, certaines mesures ne pouvant se fondre dans un socle commun d'aide aux aidants ». Elle doit consister en « une palette de mesures pouvant être combinées

16. Dans les textes mêmes, les « aidants familiaux » (personnes handicapées) et les « proches aidants » (personnes âgées) font l'objet de définitions différentes.

selon les besoins et évoluer au fil du temps de façon personnalisée, dont des actions de formation ».

**L'élargissement du périmètre des actions d'aide aux aidants éligibles au financement de la CNSA prévu par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est donc une mesure pertinente,** qui permettra à la CNSA d'agir de façon plus cohérente avec cette préconisation. Elle apporte actuellement un soutien à plusieurs réseaux associatifs pour déployer des formations adaptées aux aidants, mais ne peut pas cofinancer d'autres types de mesures de soutien.

Le Conseil préconise de « prévoir un **accompagnement inscrit dans la durée**, des actions planifiées dans le temps et récurrentes ».

La mise en œuvre de cette recommandation relève de la responsabilité des acteurs locaux mettant en œuvre les actions mais dépend également de la possibilité de financer de façon régulière des interventions de soutien des proches aidants. La mise en place de **conférences des financeurs** prévue par le projet de loi peut donner un cadre à l'élaboration de dispositifs pérennes en faveur des proches aidants. **Le Conseil souhaite que**

**la CNSA assure un pilotage rapproché des conférences des financeurs**, afin de garantir la diffusion de grandes orientations communes et conformes à ses recommandations sur tout le territoire.

**L'introduction par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement d'un « droit au répit »** associé à la possibilité d'une augmentation des plafonds des plans d'aide jusqu'à 500 euros annuels, est également une mesure positive, bien que les montants prévus paraissent encore trop limités et les conditions d'accès trop restrictives aux yeux de certains membres du Conseil. Un groupe de travail relatif à l'hébergement temporaire a en outre été mis en place dans le prolongement de la loi, auquel participent un certain nombre de membres du Conseil.

Les plateformes d'accueil, d'accompagnement et de répit doivent être, selon le rapport 2011, « sécurisées et pérennisées, déployées en proximité sur tout le territoire ».

Le Conseil salue donc **l'annonce de la création de cinquante plateformes** supplémentaires dans le cadre du plan Maladies neurodégénératives

2014-2017, tout en regrettant que cette offre ne soit pas généralisée à tous les aidants.

**Chaque établissement ou service doit être attentif aux proches aidants**

Le Conseil recommande en 2011 de « **faire de chaque établissement et service médico-social un acteur de l'aide aux aidants** en explicitant les attendus précis de cette fonction, en étudiant les révisions de la tarification et du financement de ces structures qui pourraient être nécessaires, en accompagnant leur montée en compétence dans ce domaine (formation, échanges de bonnes pratiques) ».

Cette préconisation reste d'actualité.

## Évaluer les dispositifs

**Deux rapports du Conseil de la CNSA soulignent l'importance de l'évaluation des politiques publiques et des dispositifs.**

En 2010, le Conseil recommande de « mettre l'accent sur l'évaluation des programmes et sur leurs résultats » et de définir les orientations nationales sur la base des connaissances et expériences mises en commun.

Cette exigence est réitérée avec force en 2015.

En 2011, le Conseil préconise de « confier à la CNSA une mission d'évaluation des solutions de soutien des aidants en mettant en évidence leurs impacts ».

Une étude a été lancée fin 2014 pour dresser un panorama des mesures de soutien aux proches aidants, et évaluer la politique de la CNSA en la matière. Elle éclairera la définition d'orientations pour l'avenir dans ce domaine. ■





# Principales préconisations du Conseil

## Gouvernance et organisation institutionnelle :

1 > Conserver dans les rapports annuels de la CNSA un espace d'expression et de proposition adressé aux pouvoirs publics.

2 > Procéder à une large diffusion des travaux de la CNSA et de son Conseil en veillant à leur bonne appropriation.

3 > Veiller à la clarté de l'articulation entre l'État et la CNSA dans le cadre de la préparation de la COG 2016-2019.

4 > Garantir, à travers l'organisation du gouvernement et de l'action des différents ministères, une approche cohérente et globale des politiques de l'autonomie et un travail transversal avec les autres champs de politiques publiques.

## Amélioration de la connaissance des besoins et des réponses :

5 > Poursuivre les travaux d'amélioration de la connaissance des besoins.

6 > Progresser dans la mesure de l'égalité de traitement et de son évolution et publier régulièrement des informations comparatives entre départements sur les prestations accordées et le niveau de dépense par habitant.

## Mobilisation au service de la continuité des parcours :

7 > Assurer la mobilisation de tous pour la mise en œuvre concrète du projet « Une réponse accompagnée pour tous ».

8 > Faire de chaque intervenant du parcours des personnes (MDPH, établissements et services, acteurs du soin, école, etc.) un acteur de l'inclusion, au service de la continuité de ce parcours et de son adéquation avec le projet de vie de la personne.

9 > Clarifier l'articulation entre les différents dispositifs visant la coordination des acteurs et l'intégration des services d'aide et de soin (dont la méthode MAIA).

## Des réponses à la hauteur des besoins :

10 > Poursuivre l'augmentation et l'adaptation des capacités d'accueil et d'accompagnement afin que l'offre soit à la hauteur des besoins des personnes et de l'évolution démographique. Faire porter à cette occasion les analyses de la CNSA sur l'ensemble de l'offre d'accompagnement, y compris les structures non financées par l'Assurance maladie.

11 > Structurer le secteur des aides techniques et améliorer sa lisibilité pour les usagers et les professionnels.

12 > Rendre les activités domestiques et l'aide à la parentalité éligibles à la PCH.

13 > Traduire concrètement dans les actes les engagements pris par les signataires de la charte Romain Jacob sur l'accès aux soins, et valoriser les consultations des professionnels de santé auprès des personnes en situation de handicap pour répondre à des besoins qui leur sont spécifiques.

## Contribution du Conseil aux suites du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement :

14 > Associer le Conseil de la CNSA à la validation du futur cahier des charges du label « Maison départementale de l'autonomie » (prévu par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement).

15 > Garantir, par un pilotage rapproché des futures « conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie » par la CNSA, la diffusion de grandes orientations communes et conformes aux recommandations du Conseil.

## Synthèse

Dès son premier rapport au Parlement en 2006, le Conseil de la CNSA a souhaité contribuer, par des propositions prospectives, à l'élaboration d'une réponse de qualité aux attentes des personnes en situation de perte d'autonomie. Les huit rapports annuels du Conseil de la CNSA retracent l'avancée de la réflexion collective de ses membres : réflexion sur le contenu de la « solidarité pour l'autonomie » et réflexions sur les principes d'organisation des politiques publiques à suivre. Le Conseil a consacré le rapport de 2014 au bilan de ses préconisations. Il constate à cette occasion combien elles restent, pour la plupart d'entre elles, largement d'actualité.

### Une culture et des concepts partagés ont émergé des débats du Conseil, qui ont orienté les politiques de l'autonomie.

Les notions d'autonomie, de compensation et de convergence sans confusion des politiques gérontologiques et du handicap ont été définies par le Conseil. Il a contribué à préciser le contenu de ce nouveau champ qu'était la compensation pour l'autonomie : une solidarité collective en réponse à une situation d'atteinte à l'autonomie, s'attachant aux charges nouvelles (« surcoûts ») liées aux besoins d'autonomie, c'est-à-dire au-delà des soins et au-delà des dépenses de la vie courante.

Du dialogue permis au sein du Conseil entre les représentants des personnes âgées, des personnes handicapées, des institutions, des départements et des fédérations gestionnaires est née une culture commune. C'est l'une des forces de la gouvernance de la CNSA, qui a également permis une transparence accrue sur les politiques menées et sur les moyens engagés.

Mais, au-delà de ce champ de l'aide à l'autonomie, le Conseil revendique que la société tout entière devienne plus accueillante et accessible à tous, et que le regard porté sur le handicap et la perte d'autonomie, encore trop marqué par la crainte ou le déni, évolue. La CNSA doit y contribuer à travers les actions qu'elle conduit en lien avec d'autres politiques publiques.

### La solidarité pour l'autonomie est devenue un champ de protection sociale à part entière.

La gouvernance des politiques de l'autonomie a pris forme depuis 2006. La mise en place de la CNSA a été concomitante d'une montée en puissance des départements et de la création des ARS. L'État et la CNSA ont explicité progressivement leurs rôles respectifs et l'animation du réseau des MDPH et des ARS a concrétisé une nouvelle forme de partenariat entre acteurs nationaux et locaux. La diversité des organisations locales et les leviers limités à disposition de la CNSA pour harmoniser les pratiques de traitement des demandes des usagers amènent cependant le Conseil à interroger les moyens de garantir une meilleure égalité de traitement sur le territoire.

Les politiques d'aide à l'autonomie, financées en majorité par des recettes publiques, ont fait l'objet d'un investissement important depuis la création de la CNSA, aux niveaux national et départemental, comme le préconisait le Conseil. Il souligne cependant la nécessité de poursuivre l'effort, face à l'importance des besoins encore à couvrir, et rappelle son attachement à la sanctuarisation des crédits.

Le champ de l'autonomie se caractérise également par la participation des associations

représentatives des personnes à la gouvernance des politiques publiques : cet acquis précieux doit être préservé pour que la coconstruction devienne la norme. Les conseils départementaux pour la citoyenneté et l'autonomie, prévus par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, vont dans le bon sens. Le Conseil renouvelle sa volonté que la parole des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap soit mieux prise en compte.

### Le contenu et l'organisation de l'offre d'accompagnement doivent continuer d'évoluer.

Le Conseil de la CNSA fixe un cap : pouvoir proposer à chacun des réponses personnalisées, évolutives, permettant un parcours de vie sans rupture et une vie parmi les autres.

Cela suppose que soit supprimée à la barrière d'âge de 60 ans, qu'une évaluation multidimensionnelle soit réalisée pour toute demande de compensation, et que l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation pour le handicap soient en mesure de couvrir une palette de besoins plus large, en les solvabilisant mieux. Ces recommandations formulées par le Conseil dans ses tout premiers rapports restent encore à concrétiser. L'introduction d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel et de la notion de projet de vie pour les personnes âgées (dans le projet de loi précité) constituera une avancée. La connaissance des besoins, encore essentiellement qualitative, reste lacunaire et nécessite d'être davantage outillée.

À l'effort significatif de création de places, que le Conseil appelait de ses vœux et qu'il convient de poursuivre, doivent également s'ajouter une recherche de diversification des

formes d'accompagnement et un effort de renforcement de l'offre de soutien aux proches aidants. Le Conseil appelle également dans ses rapports successifs au décloisonnement institutionnel entre État et départements (dans le contexte de réforme territoriale, l'articulation entre ARS et départements reste cruciale) et entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. C'est en conjuguant efficacement leurs compétences autour des personnes et de leurs proches aidants qu'ils pourront proposer un accompagnement global et sans rupture. Le Conseil appelle donc à un engagement volontariste de tous les acteurs concernés pour accompagner les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie de façon cohérente et adaptée, dans l'esprit du projet « Une réponse accompagnée pour tous ». La coordination des politiques de prévention au sein des futures conférences des financeurs (prévues dans le projet de loi) répondra également à une recommandation du Conseil de 2010.

**Une réponse personnalisée et accompagnée pour chacun, tel est en effet notre défi collectif.**

---



---

## Résumé du chapitre de bilan

---

Document « facile à lire et à comprendre », traduit par l'atelier FALC de l'association des Papillons blancs de Dunkerque, permettant une accessibilité à l'information pour tous. Pour plus d'informations sur la méthode FALC :  
[www.inclusion-europe.org](http://www.inclusion-europe.org)

Le Conseil de la CNSA est un ensemble d'associations et d'institutions qui se réunissent pour prendre des décisions.

Le Conseil de la CNSA a fait des propositions à l'État :

- dans son premier rapport au Parlement, en 2006
- chaque année, dans tous ses rapports.



Dans son rapport de 2014,

le Conseil de la CNSA a fait le bilan de ses propositions.

Une préconisation est un conseil, une recommandation.

### **Les débats du Conseil de la CNSA**

**ont créé des idées et une même culture entre les partenaires.**

**Cela a permis d'influencer les projets pour l'autonomie.**

Les débats du Conseil de la CNSA

ont permis de donner une définition de 3 mots importants :

- **L'autonomie** : c'est être capable de faire seul les actes de la vie quotidienne
- **La compensation** : c'est avoir des solutions pour vivre comme les autres, malgré le handicap
- **La convergence** : c'est rechercher ensemble des solutions identiques pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées car elles ont souvent les mêmes besoins.



Les débats du Conseil de la CNSA

ont aussi permis d'expliquer la compensation pour l'autonomie :

c'est un droit en plus des aides qui existent déjà pour les soins et les revenus.



Beaucoup de participants ont donné leur avis et ont dialogué pendant les débats du Conseil :

- les représentants des personnes âgées
- les représentants des personnes handicapées
- les institutions
- les départements
- les fédérations gestionnaires d'établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées.

Les participants se sont mis d'accord sur une même façon de travailler pour permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'être les plus autonomes possibles.

Pendant les débats, la gouvernance de la CNSA a permis d'avoir des informations claires et réelles sur les façons d'agir et les moyens.

La CNSA veut aider les personnes âgées et les personnes handicapées à être plus autonomes.

La CNSA dit aussi que :

- La société doit être plus accueillante et accessible à tous.
- Les mentalités doivent évoluer, par rapport au handicap et à la perte d'autonomie.

La CNSA et les partenaires doivent participer à cela pour améliorer la situation.

## La solidarité pour l'autonomie fait partie de la protection sociale.

Des rencontres et des échanges sont organisés entre les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et entre les agences régionales de santé (ARS).

Ces partenariats entre les structures locales et nationales étaient une recommandation du Conseil de la CNSA.



Le Conseil regrette pourtant une réalité :

la CNSA n'a pas assez de possibilités pour aider toutes les MDPH à traiter les demandes des usagers de la même façon.

Depuis la création de la CNSA,

l'État a beaucoup investi dans l'aide à l'autonomie aux niveaux départemental et national.



C'était une recommandation du Conseil de la CNSA.

Le Conseil de la CNSA demande que cet investissement financier continue.

Pour le Conseil de la CNSA,

l'argent destiné à l'aide à l'autonomie doit être intouchable.

Personne ne peut le remettre en question.

Pour les questions d'autonomie,

les associations représentatives des personnes âgées

et des personnes handicapées

doivent participer aux décisions et aux actions mises en place.



La participation des associations est très importante et doit continuer.

## **Le contenu et l'organisation des services d'accompagnement doivent continuer d'évoluer.**

Le Conseil de la CNSA veut atteindre un objectif : proposer aux personnes des solutions adaptées et qui peuvent évoluer en fonction de leurs besoins, pour leur permettre d'avoir un parcours de vie sans coupure et pour bien vivre avec les autres.

Pour réussir cela, il faut :

- Supprimer la barrière des 60 ans entre handicap et dépendance.  
En effet, à partir de 60 ans, une personne handicapée est considérée comme une personne dépendante.  
Ce changement à 60 ans ne devrait plus exister même si les financements peuvent rester différents.
- Rechercher les besoins de la personne dans tous les domaines de la vie.
- Adapter l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour donner aux personnes de nouvelles possibilités d'utiliser cet argent.

Ce ne sont que des propositions qu'il faudra mettre en place dans la réalité.

Le projet de loi sur le vieillissement apportera des améliorations pour les personnes âgées.



Comme le Conseil de la CNSA le recommandait,  
de nouvelles places ont été créées en établissements.  
Il faut continuer.



Il faut aussi penser au soutien à apporter aux proches  
qui aident les personnes âgées et handicapées.



Pour bien les aider, il faudra connaître leurs besoins  
et avoir des moyens pour cela.

Le Conseil recommande aussi une meilleure collaboration :

- entre l'Etat et les départements
- entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Cela avance, mais pas assez vite.

Le Conseil de la CNSA demande donc à tous les professionnels concernés  
de faire les efforts nécessaires  
pour réussir le projet « Une réponse accompagnée pour tous ».



**Chapitre 1**  
**Le budget exécuté**  
**en 2014 section**  
**par section**  
page 72

**Chapitre 2**  
**Les principales**  
**caractéristiques**  
**du budget 2014**  
Progression confirmée  
du taux de consommation  
des crédits  
page 80

# 03

## BUDGET

**D'un montant de 21,6 milliards d'euros en 2014, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. L'examen par le Conseil de l'exécution de ses sept sections permet d'alimenter le débat public sur tous les aspects des politiques ainsi financées.**

# Le budget exécuté en 2014 section par section

Les ressources de la CNSA proviennent principalement de deux origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), votés dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale ; et des ressources propres constituées par la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA - la « journée de solidarité » instaurée par la loi du 30 juin 2004), une fraction (abaissée de 0,064 point à 0,058 point en 2014) de la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), assise sur les revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013. Les premiers constituent 80,8 % des produits de 2014, les ressources propres 17,7 % (le solde provenant de ressources diverses : reversements de l'assurance vieillesse, produits de trésorerie et reprises de provisions).

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la Caisse en sept sections distinctes. Les cinq premières sections (I à V) retracent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA depuis sa création ; la section V *bis* isole un certain nombre de financements en anticipation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement ; la section VI est consacrée aux dépenses de gestion de

la Caisse. Deux sections (I et V) sont subdivisées en sous-sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées).

La loi précise également les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles.

La description de l'exécution du budget 2014, section par section, est complétée, dans le second chapitre de cette partie, par une présentation des principales évolutions intervenues en 2014 en termes de modalités de gestion de l'objectif global de dépenses (OGD).

Le budget primitif 2014 a été fixé lors du Conseil du 18 novembre 2013 à 21 752 M€, en croissance de 3 % par rapport au budget primitif 2013. Il a fait l'objet de plusieurs modifications en cours d'année 2014 et notamment :

- au Conseil du 15 avril 2014 pour tenir compte d'un ajout au PAI 2014 pour 127 M€ ;
- aux Conseils des 8 juillet 2014 et 18 novembre 2014 afin d'intégrer de nouvelles prévisions de recettes.

Le budget exécuté 2014 se clôt à hauteur de 21 632 M€ (total des charges comptabilisées).

Les chiffres présentés ci-dessous sont issus de la clôture des comptes 2014.

## \* Les financeurs des aides à l'autonomie

Plusieurs financeurs publics contribuent aux politiques d'aide à l'autonomie des personnes âgées et handicapées :

**L'État** finance les ressources d'existence des personnes handicapées (allocations aux adultes handicapés, pensions militaires d'invalidité), les dispositifs d'incitation à l'activité professionnelle pour les personnes handicapées (établissements et services d'aide par le travail, ateliers protégés), les dispositifs d'aide à l'intégration scolaire. Il intervient en outre par des aides fiscales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile...). Le montant total des crédits consacrés par l'État à ces actions est estimé à 15 326 M€ en 2013.

**Les régimes de sécurité sociale :** l'Assurance maladie finance les établissements et services médico-sociaux, dont les crédits sont gérés par la CNSA, ainsi que les pensions d'invalidité; la CNAF finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale. Les régimes de retraite disposent d'un budget d'action sociale pour financer des dépenses extralégales (frais de transport, aide ménagère, aide à l'investissement...). Les régimes y ont consacré 27 195 M€ en 2013.

**Les départements,** responsables de la planification de l'offre de structures à destination des personnes âgées et handicapées, financent les prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH) et le fonctionnement des établissements non médicalisés; l'aide sociale finance les coûts d'hébergement en établissement ou l'aide ménagère. Le montant total de ces dépenses s'élève à 12 296 M€ en 2013.

**La CNSA,** garante de l'égalité de traitement sur le territoire national, répartit les crédits de l'Assurance maladie dédiés aux établissements médico-sociaux, que son budget vient d'ailleurs abonder grâce notamment aux recettes de la contribution solidarité pour l'autonomie, et contribue au financement des prestations individuelles à travers un concours aux conseils départementaux et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Le montant des dépenses de la CNSA financées par ses ressources propres était de 3 662,5 M€ en 2013. Avec notamment l'apport de l'ONDAM médico-social à hauteur de 17,1 Md€, elle gère au total un budget de 20,9 Md€.

**L'AGEFIPH** finance les aménagements de postes de travail pour les travailleurs handicapés dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi (Cap emploi, formations...). Ces dépenses se sont élevées à 442 M€ en 2013. **Le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées** fait de même pour les trois fonctions publiques.

*Source des données :  
PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA,  
annexe 1 de la LFSS 2015.*

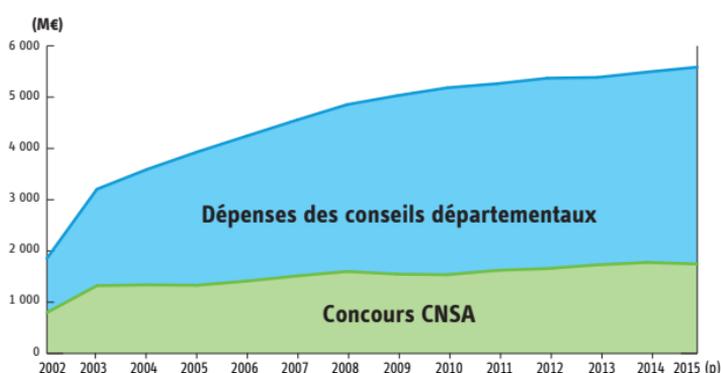
# REPÈRES

## \* Les dépenses liées aux prestations individuelles

L'APA et la PCH sont versées aux personnes bénéficiaires par les départements qui en assurent le financement. Ceux-ci reçoivent une compensation à travers un concours national financé aujourd'hui par la CNSA.

### Dépenses d'APA

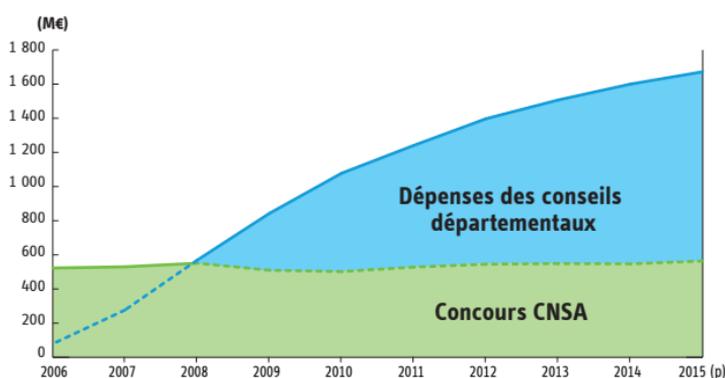
Évolution des dépenses d'APA et du concours FFAPA (Fonds de financement de l'APA), puis CNSA depuis 2002



Source : CNSA.

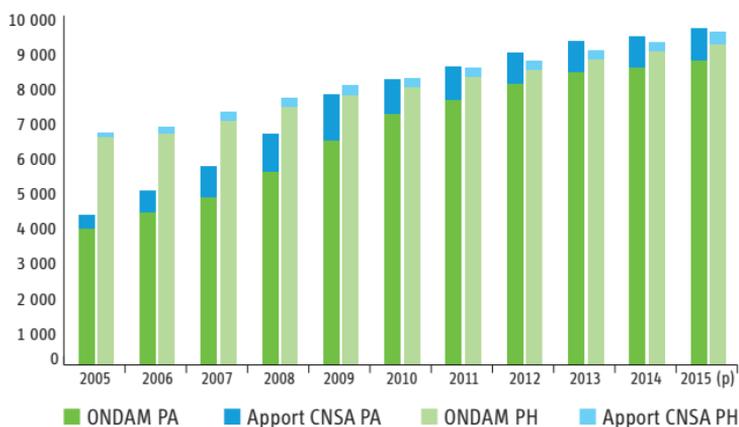
### Dépenses de PCH

Évolution des dépenses de PCH nettes de la diminution des dépenses d'ACTP et du concours national depuis 2006



Source : CNSA.

## \* Les crédits dédiés aux établissements et services médico-sociaux (en M€)



Source : CNSA.



## Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (18 770 M€ de charges en 2014, soit 86,8 % du budget de la Caisse)

Cette section est abondée par les deux catégories de produits de la CNSA : une part des ressources propres à la Caisse et les ressources en provenance de l'assurance maladie. Les produits de cette section correspondent, d'une part, à une fraction de la CSA et, d'autre part, à l'ONDAM consacré au secteur médico-social. Cet ONDAM médico-social, enregistré en produits dans les comptes de la CNSA, ne donne toutefois pas lieu à transfert de trésorerie.

Ces deux contributions financières financent principalement l'objectif global de dépenses (OGD), agrégat encadrant le financement des établissements et services médico-sociaux.

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (9 287,3 M€ de charges, soit une croissance de 2,0 % par rapport à l'exécution 2013).

Les ressources de cette sous-section consistent :

- en une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), comprise entre 10 % et 14 %. Pour 2014, cette part a été maintenue à 13 % pour tenir compte de l'affectation de 1 % de CSA au plan d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes handicapées 2014 (cf. *LFSS pour 2014*) ; ce montant est de 315,6 M€, soit une hausse de 0,8 % par rapport à 2013 ;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 8 976,9 M€ (montant fixé par l'arrêté du 29 décembre 2014), soit +2,8 % par rapport à 2013 ;
- une reprise sur provision ACOSS pour 1,2 M€.

Les charges de cette sous-section sont constituées :

- du remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes handicapées qui s'élève à 9 231,0 M€ (+1,9 % par rapport à 2013) ;
- d'une contribution au budget des ARS pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) de 29 M€ ;

- de contributions au financement des frais de fonctionnement d'agences travaillant dans le secteur médico-social, telles que l'ANESM (0,6 M€) et l'ANAP (0,5 M€);
- de diverses charges pour un montant de 26,2 M€, notamment en faveur de la section IV-2 du budget à destination des personnes handicapées (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,8 M€, de l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuations et frais de collecte pour 6,8 M€), ainsi que de la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 7,6 M€).

Cette sous-section dégage en 2014 un excédent de 6,4 M€, à comparer à un déficit de 38,2 M€ au dernier budget modificatif, écart lié à la sous-consommation de l'OGD personnes handicapées.



La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (9 482,7 M€ de charges, en progression de 3,3 % par rapport à l'exécuté 2013).

Les ressources de cette sous-section proviennent:

- d'une fraction de 39 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie

- (CSA), soit 946,9 M€ (en hausse de 0,8 % par rapport à 2013); à l'instar de la sous-section I-1, une part de 1 % de la CSA a été affectée à un plan d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes âgées;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 8 517,4 M€, montant fixé par l'arrêté du 29 décembre 2014, soit une augmentation de 1,5 % par rapport à 2013;
- une reprise sur provision ACOSS pour 3,3 M€.

Les charges de cette sous-section comprennent:

- le remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes âgées, qui s'élève à 9 386,1 M€ (+3,1 % par rapport à 2013);
- une contribution au budget des ARS pour le financement de 238 MAIA, dont 50 nouvellement créées en 2014 pour un montant global de 57,1 M€;
- les contributions aux frais de fonctionnement d'agences travaillant dans le secteur médico-social, telles que l'ANESM (1 M€), l'ANAP (0,5 M€) et l'ATIH (0,8 M€);
- diverses charges pour un montant de 37,1 M€, notamment en faveur de la section V du budget à destination des personnes âgées pour 10 M€, de l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuations et frais de collecte pour 19,3 M€), ainsi que de la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 7,8 M€).

Cette sous-section dégage en 2014 un déficit de 15,0 M€, à comparer à un déficit de 44,6 M€ en dernier budget modificatif.

Le résultat 2014 de la section I est un déficit de 8,6 M€ faisant suite à un excédent de 87,1 M€ en 2013.

La sous-consommation globale de 78,6 M€ constatée en 2014 est le cumul d'une sous-consommation de 33,2 M€ de l'OGD personnes âgées, qui se réduit sensiblement (elle était de 155,7 M€ en 2013), et d'une sous-consommation de 45,4 M€ de l'OGD personnes handicapées liée à un phénomène de « surprovisionnement » en 2013 (où l'on constatait une surconsommation de 55,1 M€) (cf. chapitre suivant).

## Section II – Le concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1804,5 M€, soit une hausse de 3,0 % par rapport à l'exécution 2013.

Il est constitué de :

- 20 % des ressources de CSA, soit 485,6 M€ (+0,8 %);
- 95 % des ressources de CSG, soit 688,9 M€ (-6,5 % avec l'abaissement de 0,064 point à 0,058 point de la part de CSG affectée à la CNSA);
- 80,38 % des ressources de CASA, soit 549,8 M€ (+20,9 % par rapport à 2013 avec le passage en année pleine);
- 70,9 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse (+1,3 %);
- 0,65 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers 2014, -19 %);
- 5,2 M€ de reprises sur provisions et 3,3 M€ de régularisations sur l'APA 2013.

Le montant du concours APA 2014 résultant des ressources affectées s'élève à 1776,5 M€, ce qui représente une hausse de 2,75 % par rapport à 2013.

Ce chiffre tient compte du financement sur cette section du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part personnes âgées: 3 k€), et de diverses charges, dont les atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (23,6 M€) et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (1,0 M€).

## Section III – Les concours versés aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Cette section a bénéficié de ressources à hauteur de 634,2 M€, en hausse de 1,1 % par rapport à 2013, qui se répartissent ainsi :

- 26 % des ressources de CSA, soit 631,3 M€ (+0,8 %);
- 0,65 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers 2014, -19 %);
- 2,2 M€ de reprises sur provisions et 0,1 M€ de régularisations sur la PCH 2013.

Le montant du concours PCH 2014 est de 547 M€, en diminution de 0,3 % par rapport à 2013.

En plus du concours PCH, la section III assume également le financement :

- du concours versé aux départements au titre du fonctionnement des MDPH, porté à 64 M€ en 2014 (au lieu de 60 M€ en 2013);
- du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part PH: 18 k€).

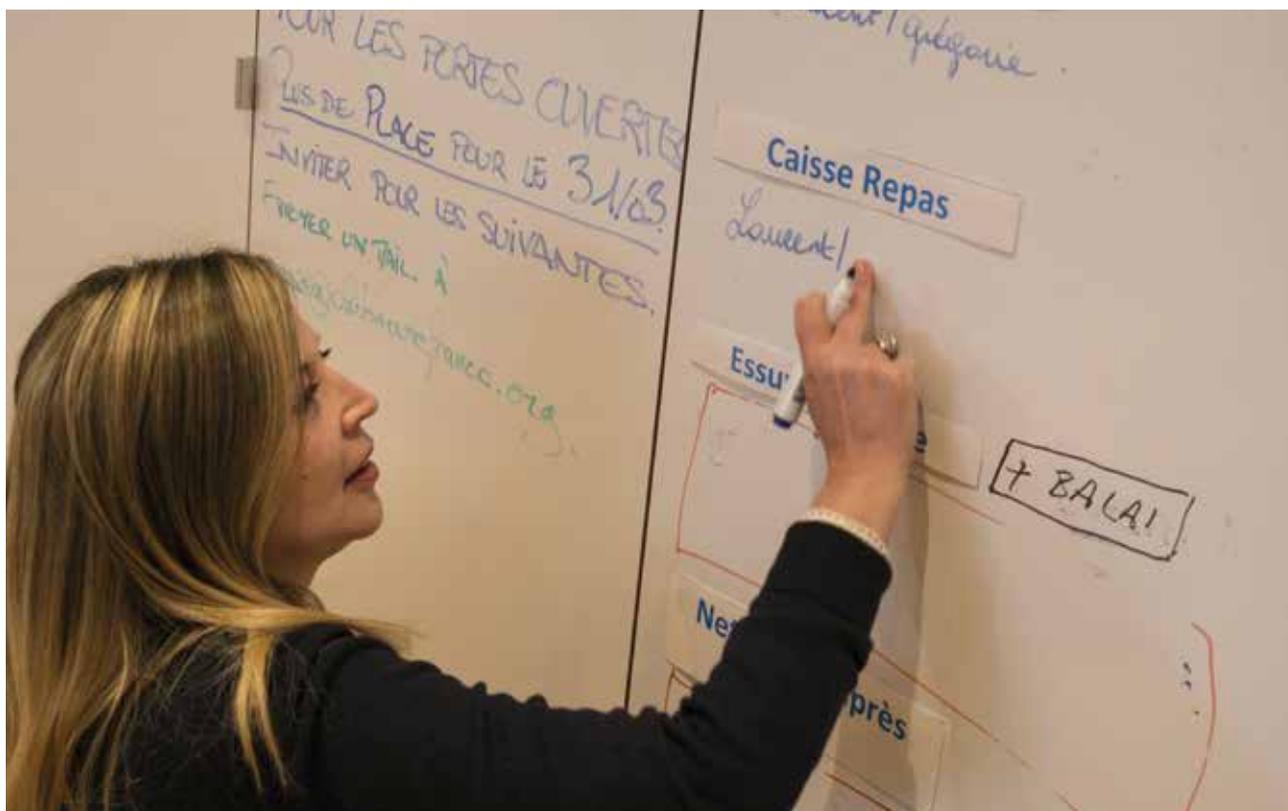


Elle abonde également la section V-2 à hauteur de 10 M€, pour le soutien aux études, recherche et actions innovantes à destination des personnes handicapées, et supporte diverses charges comme les atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (12,6 M€), et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (0,5 M€).

## Section IV – Le financement des actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service

Depuis 2012, les deux sous-sections (personnes âgées et personnes handicapées) sont fusionnées en une seule section. Les ressources de la section ont été fixées pour 2014 par arrêté du 18 septembre 2014 à :

- 5 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 36,3 M€;
- 11,8 M€ prélevés sur la section I-1.



Par ailleurs, 4,24 % des recettes de CASA, soit 29,0 M€, alimentent la section IV en 2014. Les dépenses relatives à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service retracées dans la section IV ont été inférieures de 39 M€ à ce qui était prévu. Cette sous-consommation s'explique principalement par deux facteurs :

- une consommation limitée des crédits liés aux emplois d'avenir dans le secteur médico-social (alors que 7,4 M€ avaient été budgétés) ;
- une reprise de provisions effectuée supérieure aux dépenses effectivement réalisées dans le cadre des conventions de partenariat.

Toutefois, les engagements pour l'exercice 2014 ont été assez proches des prévisions initiales ; le conventionnement avec les conseils départementaux, les têtes de réseaux et les OPCA s'est poursuivi à un rythme soutenu et satisfaisant.

Par ailleurs, un reliquat de 0,4 M€ correspondant à la seconde tranche du fonds de restructuration des services d'aide à domicile 2013-2014 a été versé en 2014.

La section IV présente au final un excédent de 38,1 M€.

### Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie

Cette section est subdivisée en deux sous-sections (personnes âgées et personnes handicapées) et couvre l'ensemble des autres interventions de la CNSA dans les domaines relevant de sa compétence :

- le soutien à des actions innovantes ;
- les études et recherches, notamment celles correspondant aux axes préconisés par le Conseil scientifique ;
- les coopérations structurelles à conduire avec d'autres organismes nationaux ou internationaux intervenant dans le domaine de la perte d'autonomie ;
- les systèmes d'information réalisés ou coordonnés par la CNSA au bénéfice d'acteurs extérieurs (tels que les travaux liés au portail d'information aux personnes âgées, ou la base de données relative à l'employabilité des personnes handicapées renseignée par les MDPH).

Les ressources de la section V s'élèvent à 20 M€, correspondant aux prélèvements annuels de 10 M€ respectivement sur les sections I-2 et III (conformément à l'arrêté du 18 septembre 2014). Le résultat excédentaire 2014 de la section (hors plans d'aide à l'investissement en établissements et

## FOCUS

services médico-sociaux) s'élève globalement à 3,7 M€, en raison notamment des reprises sur provisions.

Par ailleurs, la CNSA peut, sur les fonds propres résultant des excédents réalisés antérieurement, financer de l'investissement immobilier pour la création ou la modernisation des établissements et services (plan d'aide à l'investissement – PAI), ainsi que des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants.

Concernant les PAI, 2014 voit la poursuite de la démarche entamée en 2011 et poursuivie en 2012 et en 2013 avec la construction d'un plan d'aide à l'investissement par prélèvement de 2% des recettes de CSA conformément à la LFSS 2014, pour un montant de 48,6 M€. Une enveloppe supplémentaire de 70,7 M€ prise sur les réserves de la CNSA a été ajoutée au PAI de 2014. Les 2% de CSA dédiés au PAI de 2014 (48,6 M€) ayant fait l'objet d'un gel, la notification pour 2014 aura été, au total, de 70,7 M€, somme à laquelle ont été ajoutés 57 M€ issus de la section V *bis* (cf. ci-dessous).

Les plans de modernisation, puis plans d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux décidés entre 2006 et 2013, ont donné lieu à des paiements à hauteur de 154,3 M€ en 2014.

Au total, le déficit de la section V s'élève à 9,6 M€.

### **Section V *bis* – Dépenses en anticipation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement**

Cette section a été créée en anticipation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, en cours d'examen au Parlement; elle a été mise en œuvre pour la première fois en 2014, en application de la LFSS 2014.

La ressource est composée de 15,38% de la CASA, soit 105,2 M€.

### **Le contrôle interne et la certification des comptes**

Bien qu'elle ne soit pas soumise à une obligation de certification de ses comptes, la CNSA s'est engagée dans cette démarche structurante. La Caisse a mis en place une équipe projet « contrôle interne et certification » dès 2009. Elle a cartographié les risques comptables et financiers par grands « cycles » (systèmes d'information, personnel, charges, produits...) et renforcé la formalisation de procédures.

La CNSA a accueilli pour la première fois à la fin de l'année 2012 un commissaire aux comptes. Il a procédé à la certification de ses comptes de 2012 puis de 2013, sans réserve. Concernant les comptes de l'année 2014, ceux-ci ont également fait l'objet d'une certification sans réserve.

Elle a permis de financer :

- un plan d'aide à l'investissement pour 57 M€;
- un nouveau fonds de restructuration des services d'aide à domicile pour 30 M€;
- une aide à l'investissement de 10 M€ en faveur des logements-foyers, versée à la CNAV;
- un versement de 3 M€ dédié aux fonds de compensation du handicap;
- des frais ACOSS à hauteur de 0,5 M€.

La section V *bis* présente un excédent de 4,7 M€.

### **Section VI – Les frais de gestion de la Caisse**

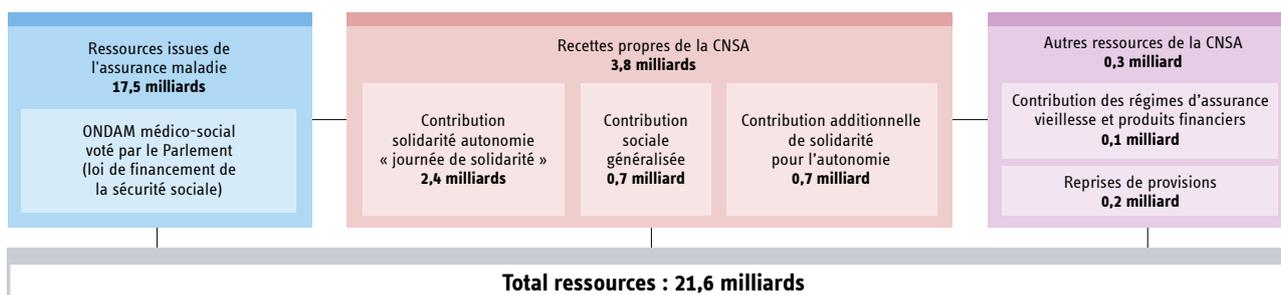
Les crédits affectés à cette section (17 M€, soit 0,07% du budget total de la Caisse), sont prélevés, en application des dispositions de l'article L. 14-10-5 du CASF, sur les sections I à IV.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (9,6%), les dépenses de fonctionnement courant (19,1%), les dépenses de personnel (55,5%), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (15,8%).

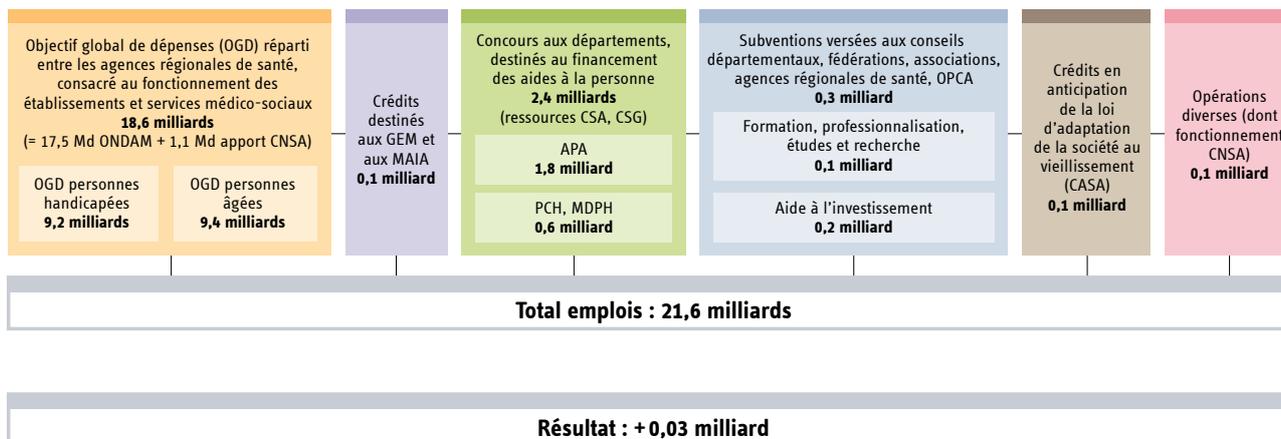
# Principaux crédits gérés par la CNSA (en €)

Budget exécuté 2014 – Conseil du 14 avril 2015

## RESSOURCES



## EMPLOIS



APA: allocation personnalisée d'autonomie

GEM: groupe d'entraide mutuelle

MAIA: dispositif d'intégration pour les personnes âgées en perte d'autonomie

MDPH: maison départementale des personnes handicapées

ONDAM: objectif national de dépenses d'assurance maladie

OPCA: organisme paritaire collecteur agréé

PCH: prestation de compensation du handicap



## L'ESSENTIEL

Le budget de la CNSA est construit autour de sept sections dont les produits et les charges sont définis par la loi de façon à garantir que les ressources de la Caisse soient bien allouées à ses différentes missions, et à en rendre compte de façon transparente. L'analyse section par section proposée dans ce chapitre permet de décomposer le résultat global constaté en 2014, soit un budget exécuté à hauteur de 21 632 M€.

**La section I**, qui retrace l'objectif global de dépenses encadrant le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (9 287,3 M€ en 2014) et pour personnes âgées (9 482,7 M€), a également permis de financer le fonctionnement des MAIA et des GEM (contribution au budget des ARS à hauteur respectivement de 57,1 M€ et 29 M€) et les frais de fonctionnement d'agences comme l'ANESM, l'ANAP et l'ATIH. Elle dégagne un déficit de 8,6 M€.

**La section II** est principalement dédiée aux concours aux départements pour le financement de l'APA (1 776,5 M€ en 2014) et **la section III** aux concours versés aux départements au titre de la PCH (547 M€) et des MDPH (64 M€). Elles sont à l'équilibre à l'issue de l'exercice 2014.

**La section IV** est relative à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au financement des emplois d'avenir du secteur. Elle présente un excédent de 38,1 M€ en 2014.

**La section V** («Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie») finance le soutien aux actions innovantes, les études et recherches, et des dépenses en matière de systèmes d'information,

mais également les plans d'aide à l'investissement. Elle termine l'exercice 2014 avec un déficit de 9,6 M€ (notamment du fait de sa construction initialement déficitaire pour tenir compte du PAI de 70,7 M€, relevant de la section V, pour 2014).

**La section V bis**, créée par anticipation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement et dotée initialement de 100 M€, a permis de financer un plan d'aide à l'investissement (57 M€, s'ajoutant aux 70,7 M€ positionnés en section V), un fonds de soutien aux services d'aide à domicile (30 M€), une aide à l'investissement aux logements-foyers (10 M€), une contribution aux fonds de compensation du handicap (3 M€). Elle présente un excédent de 4,7 M€.

**La section VI** retrace le budget de fonctionnement de la CNSA et représente 17 M€.

L'année 2014 a connu un taux de consommation élevé de l'objectif global de dépenses (99,6 %) et une progression marquée de la capacité à piloter la dépense et à en prévoir l'évolution, conformément aux objectifs fixés dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015.

# Les principales caractéristiques du budget 2014

## Progression confirmée du taux de consommation des crédits

### Prévision, exécution et suivi de l'objectif global de dépenses dédié aux établissements et services

L'année 2014 représente le neuvième exercice piloté par la CNSA dans le domaine du financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. La Caisse a pour mission de répartir les crédits de l'objectif global de dépenses (OGD, constitué lui-même de crédits d'assurance maladie et de ressources propres de la Caisse) entre les agences régionales de santé (ARS), puis d'effectuer le suivi de l'exécution de ces dotations régionales limitatives.

### Un outil de tarification et de suivi de plus en plus approprié

Le pilotage des crédits médico-sociaux repose sur l'utilisation par les ARS d'un système d'information partagée pour l'harmonisation et la sécurisation des pratiques de tarification des établissements et services médico-sociaux. Cet outil, baptisé HAPI, destiné à assurer un suivi précis de

l'OGD dans le champ de la CNSA, a vu le jour en 2012.

L'application, initialement utilisée en parallèle des précédents outils de tarification et largement à des fins de « reporting » (saisie *a posteriori*), a de plus en plus été utilisée par les ARS aux fins de tarification des établissements, comme en a témoigné l'augmentation continue de la part des dotations régionales limitatives ayant donné lieu à une saisie dans l'outil en fin de campagne tarifaire initiale (cf. *ci-contre*).

L'application HAPI a évolué pour permettre le suivi de la mise en œuvre par les ARS de certaines priorités nationales (réouverture du tarif global, mise en œuvre du plan Autisme...).

L'intégration directe dans l'application du budget prévisionnel dématérialisé des établissements et services, expérimentée en 2013 dans une démarche de dialogue et d'échanges avec les fédérations et les ARS, a été généralisée en 2014. La fonction d'interface entre les ARS et les établissements et services a donné lieu à une forte





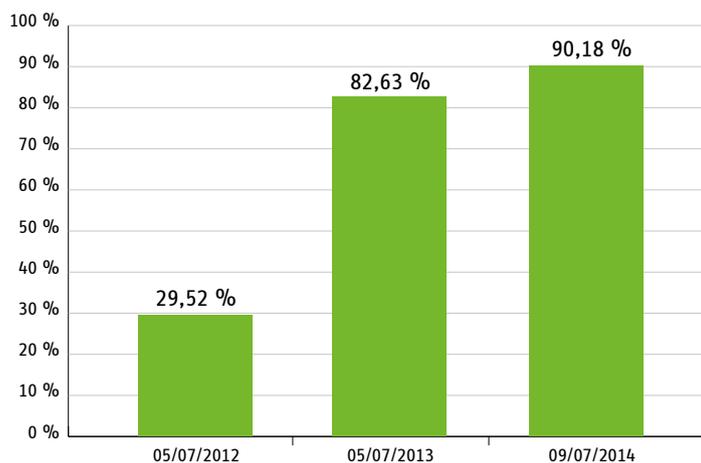
sollicitation du dispositif de support aux utilisateurs, éclairant ainsi la CNSA sur les conditions de réussite de la remontée fluide des comptes administratifs dans l'application dédiée « Import CA » (cf. le chapitre 2 de la partie « Activité » du présent rapport).

### Un OGD en progression, consommé à 99,6 %

L'OGD a progressé, entre 2013 et 2014, de 282 M€ dans le champ personnes âgées et de 175 M€ dans le champ personnes handicapées.

Les travaux de suivi de l'exécution de l'OGD par la CNSA visent, tout au long de l'année, à donner la visibilité la plus précise possible sur le déroulement du processus d'allocation de ressources par les ARS aux établissements et services, et à réaliser des prévisions fines du niveau de consommation finale de l'OGD. Les mesures prises depuis 2011 pour agir sur les causes de la sous-consommation structurelle de l'OGD personnes âgées et de la surconsommation de l'OGD personnes handicapées (cf. rapports successifs de la CNSA) portent leurs fruits.

### ■ Part des DRL (dotations régionales limitatives) des ARS saisie / tarifée dans l'application HAPI à la fin de la campagne tarifaire



Si l'on examine en effet l'exécution de l'OGD de 2014 sous l'angle des versements effectivement réalisés par l'Assurance maladie aux établissements et services (c'est-à-dire avant prise en compte des opérations de provisionnement), l'exercice 2014 se termine à l'équilibre, avec une consommation de 99,9 % de l'OGD (sous-consommation de 1,9 M€).

**COG**

**OBJECTIF  
PRIORITAIRE**

**n°1**

- La sous-consommation dans le champ des personnes âgées est ainsi la plus basse observée jusqu'à présent (35 M€ contre 141,5 M€ en 2013).
- Le dépassement de l'OGD personnes handicapées est en baisse (33,1 M€ contre 47,3 M€ en 2013).

L'exécution finale est déterminée par des opérations d'ordre comptable, qui consistent à ajuster le niveau de provisions réalisées par l'Assurance maladie. L'écart entre le niveau des provisions réalisées fin 2013 (pour couvrir des dépenses intervenant en 2014 mais rattachables à des exercices antérieurs) et celui des provisions réalisées fin 2014 (dans la même logique) a conduit à un résultat comptable en sous-exécution (le niveau des provisions fixé fin 2014 étant inférieur au niveau des provisions fixé fin 2013). En tenant compte de ces opérations de provisionnement, le niveau d'exécution comptable de l'OGD s'élève à 99,6 %, la sous-exécution de l'OGD de 2014 étant portée à 78,5 M€. La sous-exécution de l'OGD reste moins élevée qu'en 2013 (100,4 M€).

### Les réserves de la CNSA se stabilisent depuis deux ans

Les réserves de la CNSA ont été essentiellement alimentées au cours du temps par trois sources d'excédents. La principale source est la sous-consommation de l'OGD (dont on constate qu'elle se réduit fortement depuis la création de la Caisse); elle est complétée par deux sources secondaires que sont l'écart entre les recettes

de contribution solidarité autonomie (CSA) comptabilisées et les montants initialement budgétés, et la sous-consommation sur les sections IV et V (due au délai de montée en charge des conventions mettant en œuvre les actions et la gestion des PAI).

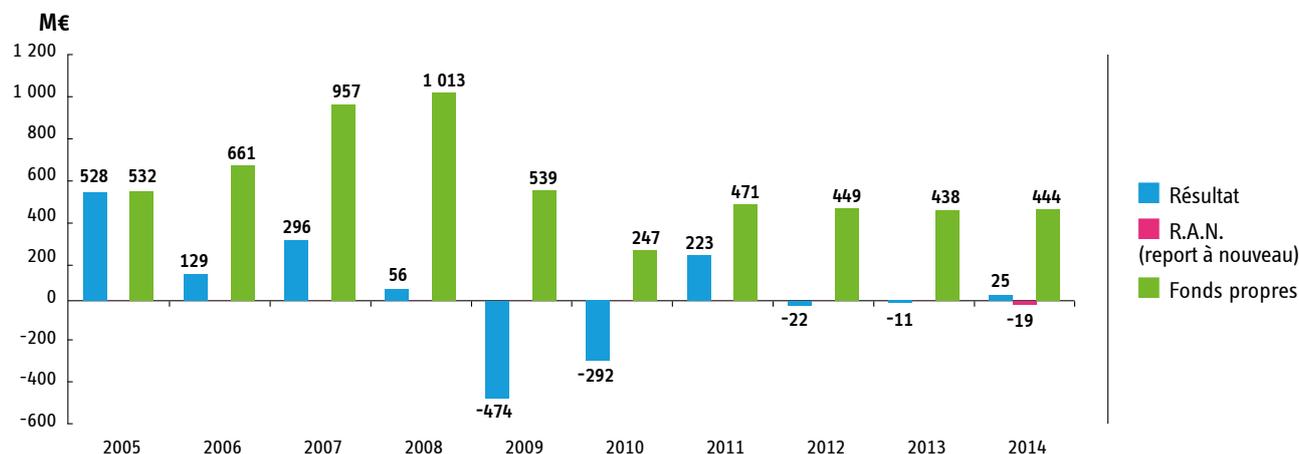
L'emploi fait par la CNSA de ces réserves est principalement venu financer les aides à l'investissement pour les établissements et services médico-sociaux: 1,85 Md€ ont ainsi été affectés aux plans d'aide à la modernisation et à l'investissement. Les réserves de la CNSA ont également contribué au financement de l'OGD en sus des crédits de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de la CSA (800 M€ en cumulé), au respect de l'ONDAM (250 M€), à la reprise d'engagements de l'État (contrats de projet État-région, emplois d'éducateurs sportifs dans le champ du handicap), au financement de fonds de soutien aux départements et de fonds d'aide aux services d'aide à domicile, ainsi qu'au financement de dépenses excédant les crédits budgétaires de l'exercice (financement d'expérimentations, notamment).

Le montant des réserves de la CNSA se stabilise depuis fin 2012 (*cf. ci-dessous*).

### Développement des financements versés par les agences régionales de santé

Les ARS sont devenues pour la CNSA un vrai « partenaire financier » dans le secteur médico-social.

## Évolution du résultat annuel et des réserves (fonds propres) de la CNSA entre 2005 et 2014





Le développement entamé en 2012, poursuivi en 2013, s'amplifie en 2014 avec une nouvelle progression de la contribution versée aux ARS par la CNSA: les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont vu leur montant pour 2013 en hausse de 2 M€ (à 29 M€), le financement dédié aux dispositifs d'intégration MAIA continue à augmenter du fait de la mise en place, courant 2014, de cinquante nouvelles MAIA sur le territoire, de sorte que la contribution versée à ce titre s'est établie à 57,1 M€ (elle était de 46,4 M€ en 2013). Pour ces deux dispositifs, les crédits sont dorénavant versés au Fonds d'intervention régional (FIR), la CNAMTS se chargeant de leur transmission aux ARS.

Par ailleurs, la CNSA a continué à verser des crédits dédiés aux formations des médecins coordonnateurs à l'utilisation des référentiels AGGIR-PATHOS (0,25 M€) et a participé au fonctionnement des centres régionaux d'étude, d'action et d'information des personnes en situation de handicap (CREAI) pour un montant de 0,78 M€.

### **L'anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement**

La CNSA a été dotée, en 2014, d'un supplément de crédits de 100 M€ (en section V bis), issus de la CASA, afin de pouvoir

financer un certain nombre de mesures, dans l'attente du vote et de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Ces crédits ont permis de financer un plan d'aide à l'investissement de 57 M€ destiné aux établissements médico-sociaux (42 M€ dédiés aux personnes âgées et 15 M€ dédiés aux personnes handicapées) et une aide à l'investissement de 10 M€ consacrée aux logements-foyers (dans le cadre d'une convention conclue avec la CNAV). Concernant cette dernière enveloppe, la CNAV a lancé un appel à projets qui a permis de faire émerger 264 dossiers de demandes représentant un montant total de plus de 110 millions d'euros. Priorisés par les CARSAT, 27 dossiers de logements-foyers, correspondant à 1338 logements individuels, ont été sélectionnés et seront subventionnés dans la limite de l'enveloppe de 10 M€.

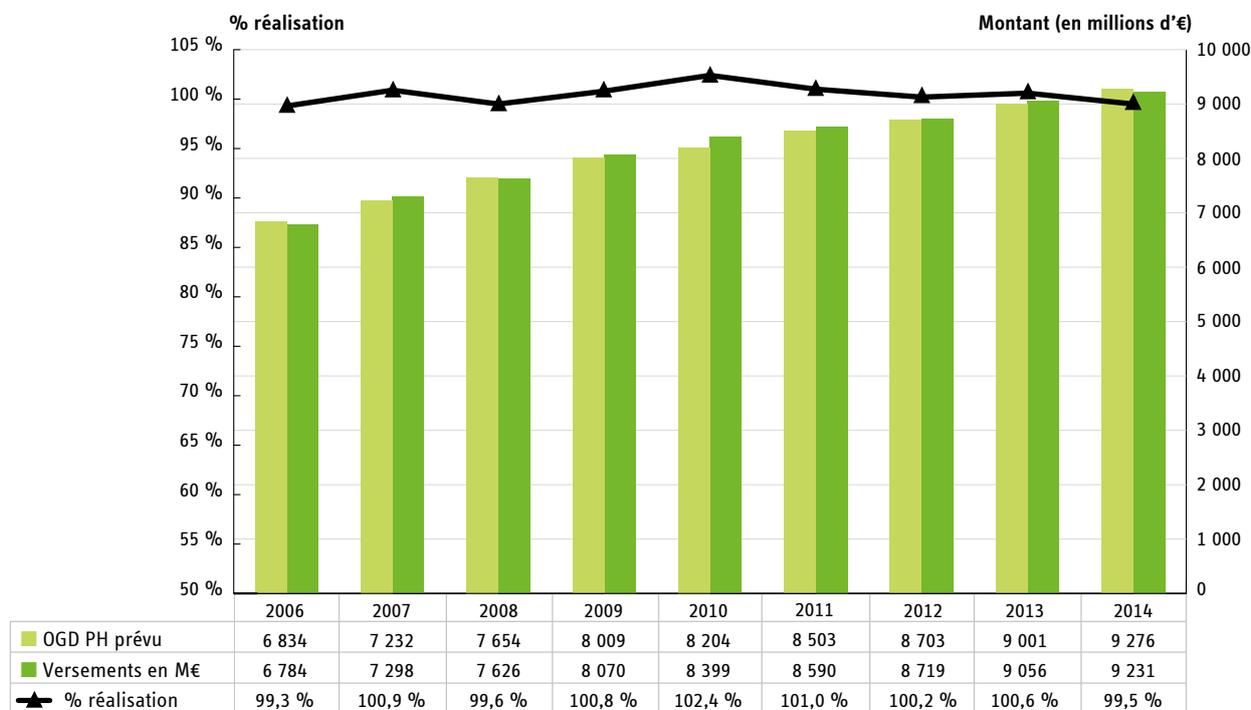
Par ailleurs, un nouveau fonds de modernisation des services d'aide à domicile a été déclenché, à hauteur de 30 M€, et versé pour sa totalité en 2014, en complément de la deuxième tranche du fonds 2013-2014 (25 M€ versés en 2014).

Enfin, 3 M€ ont été alloués pour abonder les fonds départementaux de compensation du handicap.

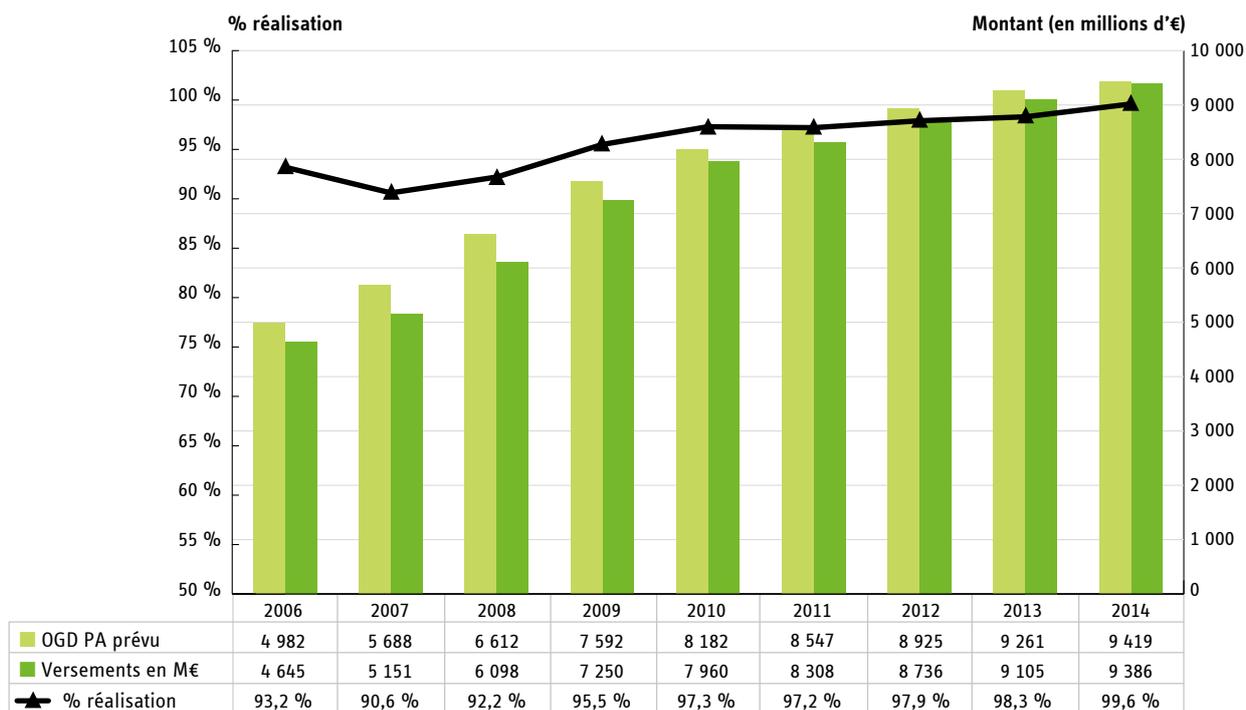
**Taux de consommation des crédits de l'OGD depuis 2006**

Suivi des dépenses de l'OGD personnes handicapées et personnes âgées de 2006 à 2014

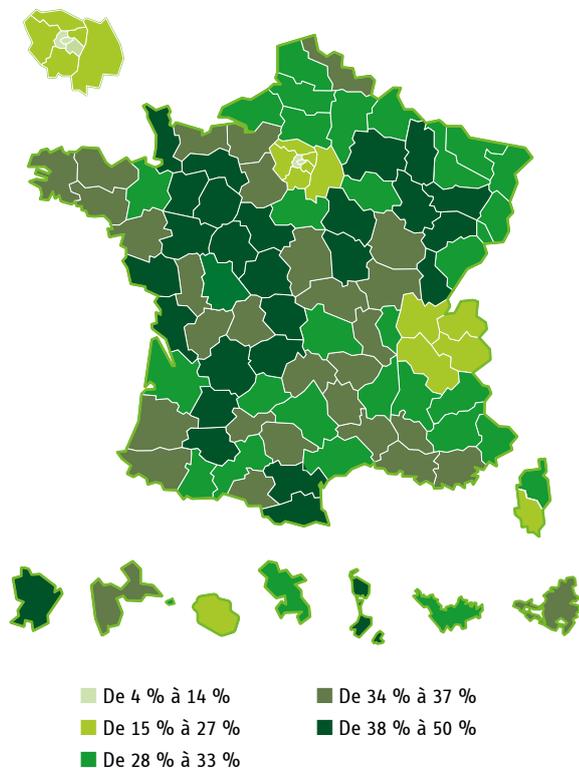
> OGD personnes handicapées



> OGD personnes âgées

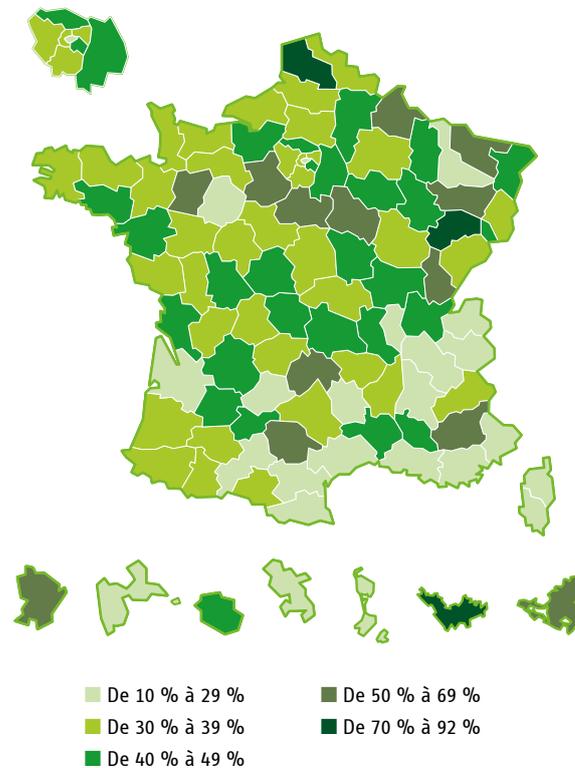


■ Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils départementaux pour l'APA en 2014



Source : Concours prévisionnel 2014 et dépenses DGFIP 2014.

■ Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils départementaux pour la PCH en 2014



Source : Répartition prévisionnelle du concours 2014 et dépenses DGFIP 2014.

## L'ESSENTIEL

Le renforcement du pilotage de la dépense dans le domaine des établissements et services médico-sociaux, à travers le suivi de la consommation de l'Objectif global de dépenses, et le caractère plus précoce de la campagne budgétaire ont permis de continuer à réduire la sous-exécution de cette enveloppe en 2014. La sous-consommation de l'OGD dans le secteur personnes âgées a ainsi diminué, le taux d'exécution s'élevant à 99,60 % contre 99,45 % en 2013. Corollaire de cette meilleure visibilité sur la tarification des établissements et services par

les ARS, la prévision d'exécution en cours d'année réalisée par la CNSA continue de gagner en fiabilité et en précision.

Les contributions versées aux ARS pour le financement des GEM et des MAIA se sont poursuivies (en augmentant) pour financer de nouvelles MAIA (cinquante en 2014) et des GEM supplémentaires (+ 2 M€); elles font l'objet d'un dispositif de suivi de leur utilisation.

Améliorer la connaissance de la dépense passe également par l'analyse des déterminants des

coûts de fonctionnement des établissements et services. C'est l'objet de la convention-cadre 2013-2015 signée entre la CNSA et l'ATIH.

Le budget de la CNSA a anticipé la future loi d'adaptation de la société au vieillissement dès 2014, avec un financement dédié de 100 M€ qui a notamment permis d'allouer 67 M€ d'aides à l'investissement et 30 M€ pour un nouveau fonds de soutien aux services d'aide à domicile.



## **Chapitre 1**

### **Santé et aide à l'autonomie**

Les actions de la CNSA  
pour optimiser  
les parcours de vie

page 88

## **Chapitre 2**

### **L'accompagnement et le soin par les établissements et services**

#### **médico-sociaux**

Évolution de l'offre et  
optimisation du pilotage

page 100

## **Chapitre 3**

### **Les maisons départementales des personnes handicapées**

Animer les réseaux  
de professionnels  
et approfondir  
la connaissance

page 110

## **Chapitre 4**

### **Aides techniques et aides humaines**

Une nécessaire  
complémentarité  
au service du maintien  
à domicile

page 118

## **Chapitre 5**

### **Études, recherche, innovation**

Développer et diffuser  
la connaissance

page 126

# 04

## ACTIVITÉ

Promouvoir une approche globale des questions de santé et permettre le dialogue et la coopération entre professionnels des secteurs sanitaire, social, éducatif et médico-social font partie des objectifs essentiels de la CNSA. En lien avec les agences régionales de santé (ARS), elle promeut des organisations intégrées et contribue à faire évoluer l'offre d'accompagnement vers une meilleure adaptation aux besoins pluriels des personnes.

## Santé et aide à l'autonomie

# Les actions de la CNSA pour optimiser les parcours de vie

**Des organisations plus intégrées pour des parcours plus fluides**

**Construire des réponses structurelles pour éviter les ruptures de parcours**

**Prévenir et résoudre les situations critiques**

Un dispositif spécifique est entré en vigueur début 2014, instauré par une circulaire DGCS-CNSA de novembre 2013.

L'objectif est d'apporter des solutions aux situations de personnes handicapées, enfants et adultes, qui, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours (retours à domicile non souhaités et non

préparés, exclusions d'établissement, refus d'admission), et dans lesquelles l'intégrité et la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Les solutions à apporter à ces situations doivent être identifiées en premier lieu au plan local par des commissions spécifiques organisées par les MDPH et qui réunissent les départements, les ARS, ainsi que dans une majorité de cas des établissements et services du champ sanitaire et médico-social. Les partenaires tels que l'Éducation nationale, l'Assurance maladie et l'aide sociale à l'enfance sont également représentés, bien que de façon non systématique.



Un bilan d'étape réalisé à l'automne 2014<sup>17</sup> faisait état d'une implantation bien avancée mais encore partielle de ces commissions départementales (84 % des départements les avaient mises en place).

Les situations non résolues au niveau départemental font l'objet d'une saisine de l'ARS, au sein de laquelle un référent est désigné. Si ce dernier ne peut résoudre la situation critique avec les partenaires de l'ARS et les ressources du territoire régional, la CNSA est saisie.

La Caisse est en effet responsable pour sa part de la création d'une cellule nationale d'appui aux ARS et aux MDPH. Celle-ci a été mise en place début 2014 : il s'agit d'un binôme issu des deux directions métiers de la CNSA. Elle exerce à la fois une mission d'appui opérationnelle (une fonction d'aide à la gestion des situations critiques que les ARS, avec les départements et les MDPH, n'ont pas réussi à résoudre au niveau régional) et une mission d'analyse et de diffusion des bonnes pratiques (état des lieux précis

des situations signalées, diffusion des modalités de résolution des situations critiques pour une appropriation territoriale, élaboration d'un bilan annuel). La CNSA a opéré un suivi régulier du dispositif et réalisé un bilan intermédiaire au 31 octobre 2014.

Il apparaît que les notions de « situation critique » et de « résolution » de ces situations restent appréciées de façon hétérogène selon les territoires. Sur 731 situations individuelles étudiées au niveau départemental fin octobre 2014 (pour 65 % des départements ayant répondu), deux tiers relevaient bien de la définition des situations critiques donnée par la circulaire. Les situations résolues l'ont été par l'admission de la personne dans un établissement ou service (55 % des résolutions) ou par un aménagement de l'accompagnement proposé à la personne (renforcement des moyens ou appui d'un partenaire, par exemple, dans 45 % des situations). L'intervention de l'ARS, quand la situation parvient à son niveau (369 situations recensées à l'heure du bilan), permet généralement de peser en faveur de l'admission de la personne, quitte à octroyer une dérogation à l'agrément de l'établissement ou des crédits complémentaires.

17. Le bilan annuel au 31/12/2014 est en cours de réalisation pour la fin du premier semestre 2015 et fera l'objet d'une présentation au Conseil de la CNSA.



L'intervention de partenaires du secteur sanitaire est également un facteur de résolution des situations (un quart de celles traitées au niveau régional).

La CNSA a été saisie à son niveau d'une cinquantaine de situations, dont une quarantaine qualifiées de critiques. Elle a traité ces situations en lien avec les ARS et les MDPH, en jouant sur son positionnement national lui permettant de faire appel à un panel de ressources plus large.

L'analyse des situations traitées fait apparaître l'importance des « comportements-problèmes » souvent facteurs de ruptures (50 % des situations). Les personnes en situation critique sont majoritairement de sexe masculin (7 sur 10) et souvent des enfants et des adolescents (deux tiers). Elles vivent pour moitié à domicile.

En termes de types de handicap, les personnes dont les situations sont signalées au niveau départemental sont pour 29 % en situation de handicap psychique, pour 26 % en situation de handicap mental, et pour 21 % atteintes d'autisme. Au niveau régional, 33 % des situations concernent des personnes avec autisme. Au niveau national, 21 % relèvent d'un handicap rare.

#### **Ce que ces situations critiques révèlent**

Les difficultés spécifiques liées aux situations critiques révèlent les besoins d'évolution de notre système d'accompagnement :

- Les acteurs locaux soulignent le manque de places adaptées à ces situations souvent complexes et le besoin de moyens renforcés et de formations spécifiques pour accompagner ces personnes ;
- Les réponses existantes sont souvent précaires en ce qu'elles reposent sur la bonne volonté des acteurs de coopérer, chacun pouvant se retirer si ses contraintes sont par ailleurs trop fortes ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'offre d'accompagnement doivent encore évoluer vers plus de souplesse.

Les conditions favorables à la résolution des situations critiques orientent vers des pistes de solutions :

- Les partenariats entre les financeurs et acteurs institutionnels d'un territoire qui favorisent le développement de partenariats entre établissements, services et professionnels de différents secteurs sont la clé d'une mobilisation collective : l'installation d'une habitude de concertation régulière et l'émergence d'une coresponsabilité des acteurs sont essentielles.

- Les solutions doivent être individualisées, la MDPH renforçant idéalement son rôle d'accompagnement de chaque personne dans la construction d'une réponse adaptée (ce qui pose une question de faisabilité pour les MDPH compte tenu des contraintes pesant sur leurs moyens).
- La coopération intersectorielle sur un territoire fait émerger des actions (projets innovants de formation, protocoles partagés...) ayant un impact durable sur la capacité à trouver des solutions collectivement.

**Pour une réponse structurelle :  
préconisations du rapport  
« Zéro sans solution »**

L'ensemble des constats et enseignements tirés du dispositif de résolution des situations critiques est ainsi venu nourrir une réflexion menée par l'ancien directeur de la CNSA, Denis Piveteau, ainsi que quatre autres contributeurs experts.

Chargés par la ministre des Affaires sociales et de la Santé de proposer des mesures plus structurelles permettant de prévenir les situations de rupture en s'attaquant à leurs causes, les experts ont élaboré, dans un cadre partenarial et avec l'appui actif de la CNSA, un ensemble de préconisations opérationnelles répertoriées dans le rapport intitulé « Zéro sans solution – Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». L'une des idées force de ce rapport est qu'il faut passer d'un raisonnement en « places d'établissements et services » à un raisonnement en termes de « réponses » mobilisant des interventions multiples et évolutives.



© DR

*“Mettre en place des solutions plus pérennes.”*

**Charles-Henri Record**, Inspecteur à la Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie, agence régionale de santé d'Auvergne

“ Nous avons identifié un besoin global de révision des agréments des établissements et services (qui déterminent le public accueilli). Le dispositif « Situations critiques » a conforté ce constat d'une certaine inadaptation de l'offre d'accompagnement dans la région, les établissements et services étant par exemple peu outillés pour accueillir des jeunes souffrant de troubles psychiques qui se manifestent par des comportements très difficiles à prendre en charge pour les équipes. Nous avons ainsi dès 2014 engagé une campagne de révision de ces agréments. Nous faisons également évoluer l'offre vers une plus grande souplesse (accueil temporaire plutôt qu'internat par exemple) afin de pouvoir mobiliser de façon réactive des compétences spécialisées. Nous cherchons en effet à mettre en place des solutions plus pérennes, au-delà de la gestion au cas par cas de situations critiques, dans laquelle la cellule nationale de la CNSA apporte d'ailleurs un appui utile, en faisant appel à d'autres ARS et en nous mettant sur la voie de solutions que nous n'avons pas nécessairement identifiées. Pour prévenir durablement les situations de rupture, il faut cependant que tous les acteurs évoluent dans leur fonctionnement et leur organisation : cela prendra du temps. La mise en œuvre du projet « Une réponse accompagnée pour tous » semble une opportunité très intéressante, mais le défi est de taille. ”

**La notion de handicap rare**

Les situations de handicap rare sont des situations souvent méconnues, isolées, difficiles à appréhender, qui sont la conséquence d'une association très particulière et très peu fréquente de déficiences. Elles se caractérisent donc par la rareté des publics, la rareté des combinaisons de déficiences et la rareté et la complexité des expertises nécessaires à leur accompagnement.

Ambitieux, ce rapport rassemble la CNSA, ses partenaires et les membres de son Conseil, autour d'une vision et d'objectifs partagés. La mise en œuvre de ses préconisations ayant été actée lors de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, les travaux sont désormais engagés à l'initiative de Ségolène Neuville, sous le pilotage de Marie-Sophie Desaulle. La CNSA y prend toute sa part.

**Handicaps rares : le défi de la complexité**

Si la planification et la programmation de l'offre médico-sociale sont réalisées pour l'essentiel par les ARS et les départements, certains publics aux besoins très spécifiques font l'objet de politiques menées au niveau national et déclinées à un échelon interrégional. C'est le cas pour ce que l'on appelle « les handicaps rares ».

**Poursuite des actions engagées**

La mise en œuvre du Schéma national d'organisation médico-sociale sur les handicaps rares 2009-2013, piloté par la CNSA, a été poursuivie, mais 2014 a également été l'année de son évaluation et celle de la préparation du schéma suivant.

Dans le domaine de la recherche, de la formalisation et de la diffusion des connaissances, l'année a notamment été marquée par le renouvellement de la convention entre la CNSA et l'INSERM pour la période 2014-2016, visant la mise à disposition des professionnels du handicap de données sur les liens entre maladies rares et handicap. La centralisation de ces données et leur enrichissement progressif doivent permettre aux professionnels de prendre en compte de manière optimale les besoins des personnes et de contribuer à leur meilleure orientation dans le système de soins et d'accompagnement social et médico-social.

Concernant la structuration des ressources, 2014 est marquée par l'ouverture de places d'accueil dédiées aux handicaps rares issues de la première vague de création de places (à hauteur de 6,8 M€), le lancement d'une seconde vague de créations de places (notification d'autorisations d'engagement aux ARS à hauteur de 23,1 M€) et la mise

en place de seize équipes relais (financées à hauteur de 3,2 M€). Ces dernières ont été sélectionnées à la suite des appels à candidature des ARS.

Les équipes relais constituent un élément clé du dispositif intégré dans le champ du handicap rare. Organisées en interrégions, elles ont pour mission de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de situations de handicaps rares, de conseiller et d'appuyer les professionnels pour l'élaboration d'une stratégie d'intervention adaptée aux besoins très spécifiques de la personne, et d'orienter la personne et sa famille vers les ressources compétentes. Elles jouent ainsi un rôle d'interface entre les centres de ressources nationaux et les ressources de proximité (acteurs locaux du handicap rare et MDPH).

**Les défis à venir, au cœur du nouveau Schéma (2014-2018)**

L'évaluation du premier Schéma a mis en évidence les axes de progression sur lesquels porteront les travaux des quatre années à venir :

- une meilleure prise en compte de l'expertise et du savoir-faire des familles ;
- la construction d'une culture commune de pratiques, d'intervention et d'évaluation entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, les familles et la personne, notamment un renforcement de la coopération avec les MDPH ;
- une attention accrue aux situations présentant des risques élevés de ruptures de parcours : comportements-problèmes, personnes qui vieillissent... ;
- une définition du handicap rare qui demande à être renouvelée à partir de l'amélioration des connaissances et en lien avec la notion de handicap complexe ;
- une volonté de poursuivre et d'accentuer l'intégration des ressources et l'innovation dans les modes d'organisation de celles-ci, en vue d'améliorer la qualité de vie et la participation des personnes.



Élaboré en concertation avec les différentes parties prenantes, le Schéma 2014-2018 a été présenté le 22 janvier 2015 par la secrétaire d'État aux Personnes handicapées et à la Lutte contre l'exclusion.

### Déploiement de l'intégration dans le champ gérontologique : la dynamique MAIA

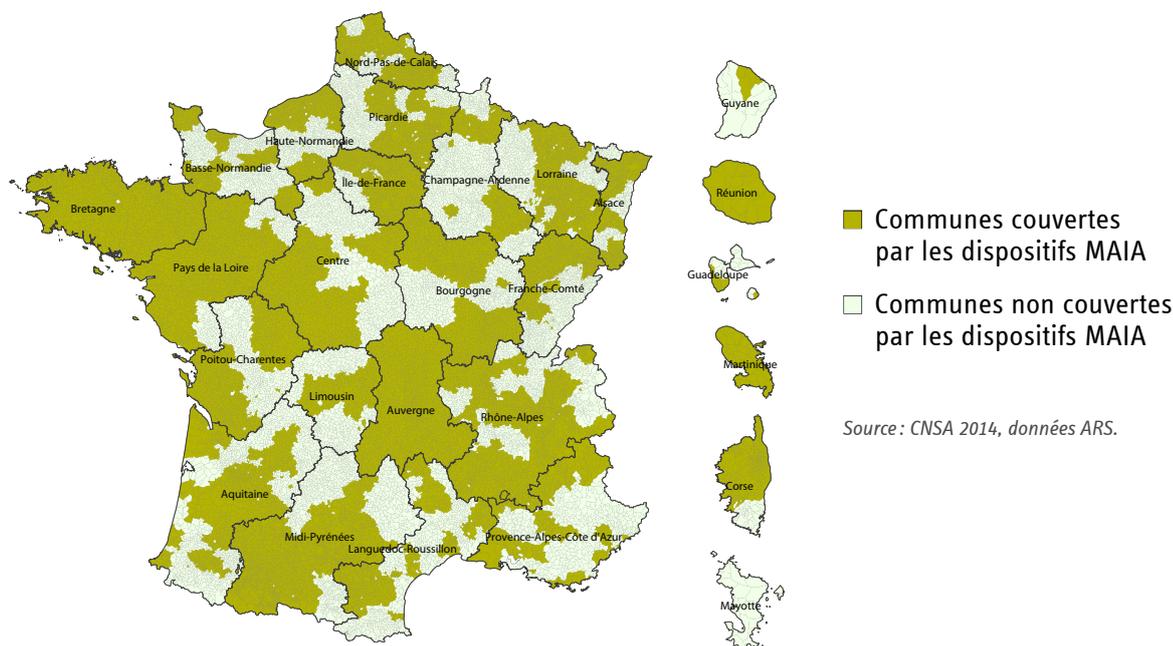
La CNSA est chargée de piloter le déploiement complet du dispositif MAIA<sup>18</sup>, en collaboration avec les directions d'administrations centrales concernées et en s'appuyant sur un comité de pilotage associant la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), le secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales et la CNAMTS.

18. L'acronyme MAIA désignait initialement des « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des maladies Alzheimer ». Il doit cependant être modifié dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement pour désigner la « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ».

L'enjeu du dispositif MAIA est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs aidants face à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge suffisamment coordonnée. Son déploiement nécessite une réelle conduite du changement, faite de pédagogie et d'impulsion volontariste des décideurs et financeurs aux niveaux national et local (ARS et départements). La CNSA apporte son appui technique, stratégique et méthodologique à travers des déplacements en région auprès des ARS, des départements, des porteurs et des pilotes MAIA, ainsi que des réunions nationales.

Le plan Maladies neurodégénératives (PMND), lancé en 2014, vient conforter le déploiement de la méthode MAIA en confirmant la création de cent nouveaux dispositifs entre 2015 et 2016 et en préconisant d'expérimenter le recours à des gestionnaires de cas pour les malades jeunes (le dispositif bénéficiant initialement aux personnes de plus de 60 ans).

■ Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA



- Communes couvertes par les dispositifs MAIA
- Communes non couvertes par les dispositifs MAIA

Source : CNSA 2014, données ARS.

**Cinquante territoires supplémentaires couverts par la méthode MAIA en 2014**

En 2014, la quatrième vague de déploiement des dispositifs MAIA a eu lieu. Ainsi, avec cinquante nouveaux dispositifs MAIA créés en 2014, on en compte 257 à la fin de l'année. Près des deux tiers (64 %) des communes françaises sont désormais couvertes et le déploiement se poursuit à un rythme régulier.

Les dispositifs MAIA sont principalement portés par des : départements (37 %), associations (24 %), centres locaux d'information et de coordination gérontologique (8 %), établissements de santé (12 %) et réseaux de santé (4 %). Ils sont cofinancés par la CNSA et par des crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sanitaire, et font l'objet d'une délégation aux agences régionales de santé, dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR). Ces financements représentent 60,2 M€.

**Critères d'orientation vers la gestion de cas**

La CNSA a mené une réflexion approfondie sur les critères de repérage des personnes en situation complexe relevant de la gestion de cas. Ce travail a été mené entre novembre 2013 et mai 2014 à l'aide d'un groupe de travail composé de pilotes MAIA, de gestionnaires de cas et d'acteurs susceptibles d'orienter les personnes âgées vers la gestion de cas : centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), réseaux gérontologiques, centres communaux d'action sociale (CCAS), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), gériatres et travailleurs sociaux des établissements de santé et équipes médico-sociales APA des conseils départementaux.

## FOCUS

### Partenariats autour de la formation

La CNSA a confié à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) l'organisation et l'animation des formations à la prise de poste des nouveaux pilotes MAIA, des porteurs MAIA et des référents chargés des dispositifs MAIA en ARS. Le contenu pédagogique est supervisé par la CNSA. En 2014, ce sont ainsi quatre-vingt-quinze personnes qui ont suivi la formation (pilotes, porteurs et référents ARS) au cours de deux sessions de formation (septembre et décembre). Les gestionnaires de cas, quant à eux, sont formés dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire.

Une étape de test et d'évaluation de la pertinence des critères a été menée au second semestre 2014 sur neuf territoires MAIA. Les premiers résultats montrent une amélioration significative du repérage grâce à ces critères.

#### Les systèmes d'information au service de la coopération

La CNSA est chargée de mettre à disposition des gestionnaires de cas un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) s'insérant dans leurs outils de travail, et validé scientifiquement conformément aux orientations du PMND. L'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) a été missionnée en mai 2014 pour élaborer un cadre normatif national d'interopérabilité du formulaire et des algorithmes d'évaluation multidimensionnelle standardisés, qui seraient ensuite intégrés par les éditeurs de logiciels, une fois le choix de l'outil effectué.

#### Effort important sur l'inclusion et la prise en charge précoce des enfants

Le parcours de vie commence dès la petite enfance. Un repérage précoce des risques de handicap et un accompagnement adapté

peuvent prévenir une évolution défavorable de la situation et du bien-être des enfants. L'accompagnement précoce est ainsi au cœur des priorités de l'action publique, comme l'a affirmé le comité interministériel du handicap en septembre 2013. L'action de la CNSA s'inscrit dans cette priorité partagée.

#### Structuration de la réponse pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement

La CNSA est fortement impliquée dans la mise en œuvre du troisième plan Autisme (2013-2017). L'année 2014 a vu la publication de deux textes importants dont la traduction concrète sera porteuse d'avancées pour les enfants concernés :

- L'instruction du 13 février 2014 d'une part, qui précise le cahier des charges des unités d'enseignement (UE) implantées dans les écoles maternelles prévues par le plan afin d'améliorer l'inclusion scolaire des enfants avec troubles envahissant du développement (TED) en s'appuyant sur le déploiement, dès la petite enfance, d'interventions précoces, personnalisées, globales et coordonnées telles que recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Les trente UE en maternelle prévues pour l'année scolaire 2014-2015 ont ouvert entre septembre 2014 et février 2015. La CNSA a accompagné les ARS dans le processus d'appel à projets et de sélection de ces UE portées par des établissements et services médico-sociaux et dans le suivi de leur installation.
- L'instruction du 17 juillet 2014 d'autre part, relative au repérage, au diagnostic et aux interventions précoces (« triptyque ») pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. Le cadre national posé par cette instruction a vocation à guider les ARS et leurs partenaires dans le maillage de leur territoire pour permettre la mise en place d'une organisation coordonnée et graduée favorisant, dès le plus jeune âge, le repérage de ces enfants, leur diagnostic et la mise en place d'interventions précoces, dont les études ont montré qu'elles peuvent limiter les troubles et favoriser un développement durable de leur capacité d'autonomie.

En application de l'instruction du 13 février 2014, qui a précisé les modalités de déclinaison régionale du plan, des plans d'actions ont été élaborés par les ARS. Au niveau national, un certain nombre de recommandations ont été faites en vue de la publication d'appels à projets spécifiques par les ARS, afin de garantir le respect des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM.

Enfin, sur le plan des créations de places et du renforcement de l'offre, la CNSA avait notifié fin 2013 une première tranche d'autorisations d'engagement (106,7 M€) aux ARS. La quasi-totalité des crédits rattachés à cette première tranche d'autorisations d'engagement ont désormais été programmés par les ARS.

#### Connaître l'activité et le public des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Les CAMSP sont des services médico-sociaux cofinancés par l'Assurance maladie (ONDAM médico-social) et les départements (respectivement à 80 et 20 %) chargés de la prévention, du suivi, de l'accompagnement et des soins aux très jeunes enfants présentant un risque de handicap. Ils assurent le lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social, éducatif.

Seules des enquêtes ponctuelles réalisées en 2008 et 2009 avaient permis de recueillir des données sur le fonctionnement des centres et les publics qu'ils accueillent. Le Comité interministériel du handicap de septembre 2013 ayant décidé de structurer le dispositif de diagnostic précoce et de garantir son accessibilité, une meilleure connaissance de ces centres est devenue nécessaire, d'autant plus que leur rôle doit être consolidé.

La CNSA a ainsi mis en place un groupe de travail partenarial pour élaborer un modèle type de rapport d'activité pour les CAMSP. Ce modèle a été testé auprès de cinquante et un centres en 2014, ce qui a permis de proposer à tous les CAMSP en 2015 une version allégée et une définition précise des données attendues.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Les ITEP accueillent des enfants et adolescents engagés dans un processus handicapant avec trouble du comportement. Leur vocation est de contribuer à l'élaboration de projets personnalisés d'accompagnement en coopération avec d'autres institutions et intervenants auxquels ils n'ont pas pour objet de se substituer.

Aux niveaux régional et national, la généralisation de l'utilisation du rapport standardisé permettra dès 2015 d'affiner la connaissance du nombre d'enfants suivis par les CAMSP, des zones géographiques effectivement couvertes, de la réponse qu'ils apportent par grandes missions, des caractéristiques des publics reçus, des effectifs de professionnels, de l'orientation prévisible des enfants sortants...

#### Handicap psychique : à la recherche de modalités d'accompagnement adaptées

Deux mots-clés peuvent résumer les axes d'amélioration poursuivis dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique : **souplesse** d'une part (c'est la recherche d'adaptation des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) à l'évolutivité des troubles et des besoins des jeunes) et **entraide** d'autre part (c'est la vocation des groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont la CNSA accompagne le développement).



### Assouplissement des modalités d'accompagnement des jeunes

La CNSA s'attache, dans son travail avec les gestionnaires d'établissements et services et les ARS, à accompagner l'évolution du secteur médico-social dans une recherche de plus grande continuité des parcours de vie des personnes, et de respect de leur projet de vie individualisé. Le projet mené sur les ITEP depuis 2012 en est un exemple.

La préoccupation des pouvoirs publics rejoignant les réflexions de l'AIRe (Association des directeurs d'ITEP et de leurs réseaux), un fonctionnement « en dispositif » (c'est-à-dire un fonctionnement plus souple) est expérimenté dans certains ITEP. Ces établissements accueillent un public connaissant par définition une variabilité et une évolutivité importantes des troubles et donc des besoins.

- La première phase de l'expérimentation (2013-2014), pilotée par l'AIRe, concerne quatre-vingt-dix-huit établissements et services dans six régions. Les modalités d'orientation par les MDPH et de tarification des établissements ont été précisées,

notamment pour permettre de changer de modalités d'accompagnement (internat, externat, service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sans nouvelle notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)). La mise en œuvre concrète de ces nouvelles modalités n'ayant débuté qu'à la rentrée 2014, l'expérimentation a été prolongée.

- La deuxième phase de l'expérimentation (2014-2017), est pilotée cette fois par la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale, l'AIRe assurant l'animation du réseau des directeurs d'ITEP et jouant un rôle de facilitateur et de relais. Elle permettra d'observer les effets de la mise en œuvre de ce nouveau fonctionnement sur le parcours des jeunes. Une évaluation externe doit être réalisée en 2017.

L'AIRe a confié un travail de recherche à l'École des hautes études en sciences sociales, destiné à documenter le parcours des jeunes accueillis en ITEP et à identifier les éléments favorisant ou entravant leur continuité.

### Entraide entre pairs

Créés par la loi du 11 février 2005, les GEM sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale organisés sous forme associative. Ils accueillent des personnes aux troubles de santé similaires qui les mettent en situation de fragilité.

Les 373 GEM existants s'adressent à deux types de publics (25 000 personnes au total) : personnes en souffrance psychique (90 %) et personnes ayant eu un traumatisme crânien (10 %). Le bilan de l'activité 2013 des GEM, réalisé par la CNSA sur la base des données remontées par les ARS, établit qu'un GEM est fréquenté en moyenne par environ soixante-dix personnes, dont une cinquantaine d'adhérents.

Les GEM reposent sur la philosophie de la « pair-aidance » : en regroupant des personnes ayant des difficultés communes, ils valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du GEM. Le principe général est une autogestion par les personnes fréquentant le GEM, aussi bien au niveau administratif et financier qu'au niveau de l'organisation et du fonctionnement du GEM (règlement intérieur, activités...).

Soutenu par un « parrain » (structure associative dans 88 % des cas), qui a notamment pour mission d'épauler le GEM lors de difficultés, le GEM peut également être temporairement aidé par une association gestionnaire. Les « animateurs » du GEM, professionnels salariés ou bénévoles, viennent en appui des membres du GEM dans la gestion quotidienne.

29 millions d'euros ont été délégués par la CNSA aux ARS via le fonds d'intervention régional pour le financement de ces dispositifs en 2014.

La CNSA et la DGCS ont animé en 2014 une démarche de révision du cahier des charges national régissant leur fonctionnement, conformément à la décision du Comité interministériel du handicap de septembre 2013 et à la suite de la demande des fédérations

représentant les GEM, qui participent activement à ce chantier. L'aboutissement des travaux sur le cahier des charges est prévu en 2015.

### Reconversion de structures sanitaires

L'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques se déplace progressivement de structures sanitaires vers le champ médico-social. Des unités en établissements psychiatriques sont ainsi « converties » en structures médico-sociales, ce qui implique une refonte importante du projet d'accompagnement, une évolution de l'organisation et une redéfinition des rôles respectifs des acteurs.

La CNSA a participé à l'étude conduite par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) au cours de l'année 2014 à partir de douze retours d'expérience de reconversions de structures sanitaires en établissements médico-sociaux (surtout des maisons d'accueil spécialisé) ou de créations d'établissements médico-sociaux pour personnes adultes souffrant de troubles psychiques (notamment de foyers de vie et de foyers d'accueil médicalisé). Les résultats de cette démarche conjointe ont été présentés à la Commission établissements et services du Conseil de la CNSA. Ils montrent que les reconversions, qui doivent être replacées au cœur d'une réflexion stratégique globale, améliorent incontestablement l'accompagnement des personnes et qu'il existe plusieurs éléments qui facilitent la réalisation de ces opérations.



## L'ESSENTIEL

La CNSA inscrit son action dans une conception globale de la santé des personnes.

L'intrication des responsabilités de différents acteurs (MDPH, établissements et services, départements, ARS) rend indispensable leur coopération et le partage d'informations pour assurer la continuité et la cohérence des parcours des personnes. Le dispositif de résolution des situations dites critiques, dont la cellule d'appui au sein de la CNSA constitue l'échelon national, met en évidence le caractère crucial de ces partenariats, au niveau tant des financeurs que des acteurs opérationnels, pour trouver des solutions individualisées, multi-modales et évolutives. La mise en œuvre des préconisations du rapport « Zéro sans solution » doit permettre de progresser vers

des réponses plus structurelles en prévenant les ruptures de parcours.

La CNSA porte le Schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018, qui a pris le relais du premier (2009-2013), après une année de travaux d'évaluation et de co-élaboration des axes prioritaires pour les années à venir. La complexité qui caractérise les situations de handicap rare fait de ce schéma un laboratoire de recherche de solutions porteur d'enseignements plus larges pour les politiques du handicap.

Le déploiement et la structuration du dispositif MAIA se poursuivent. La CNSA s'appuie désormais sur l'expertise de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé pour définir un cadre

normatif permettant d'intégrer à terme aux outils des gestionnaires de cas l'outil d'évaluation multi-dimensionnelle qui aura été choisi.

La recherche de continuité des parcours de vie et de respect des projets de vie des personnes, qui guide l'action de la CNSA, se traduit par un investissement important dans la prise en charge précoce des enfants présentant des risques de handicap, notamment dans le cadre du plan Autisme. Elle s'illustre également dans le pilotage de travaux visant la souplesse des accompagnements (expérimentation de « dispositifs ITEP ») et le renforcement du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap psychique (avec les groupes d'entraide mutuelle).

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) apportent à plus d'un million de personnes âgées et handicapées une aide à l'autonomie intégrant, dans un certain nombre de cas, une réponse à leurs besoins quotidiens de soins. La CNSA assure à ce titre un financement total ou partiel de ces établissements et services en mobilisant d'une part la participation apportée par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour le secteur médico-social (ONDAM médico-social), et d'autre part une fraction de ses ressources propres, le total constituant l'objectif global de dépenses (OGD). En 2014, sa responsabilité a ainsi porté sur la mise en œuvre d'un OGD de 18,8 Md€. Sa mission est d'assurer une répartition équitable de ces crédits sur le territoire national dans un souci de développement des capacités d'accueil, d'adaptation en nombre et en qualité des réponses aux besoins exprimés localement, et d'utilisation rigoureuse et optimale des moyens votés par le Parlement et inscrits à son budget.

## L'accompagnement et le soin par les établissements et services médico-sociaux

# Évolution de l'offre et optimisation du pilotage

**Programmation de l'offre: vision globale et appui aux acteurs**

**Pilotage de la réalisation des plans nationaux**

**Suivi des créations de places**

Les créations de places nouvelles sont financées par les crédits que la CNSA a délégués aux ARS, dans le cadre du plan Solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012, du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, du programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes

handicapées 2008-2012, ainsi que du plan Autisme et du Schéma d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares. Les ouvertures d'établissements et services permises par ces crédits se poursuivront jusqu'en 2018 compte tenu du temps requis pour les travaux.

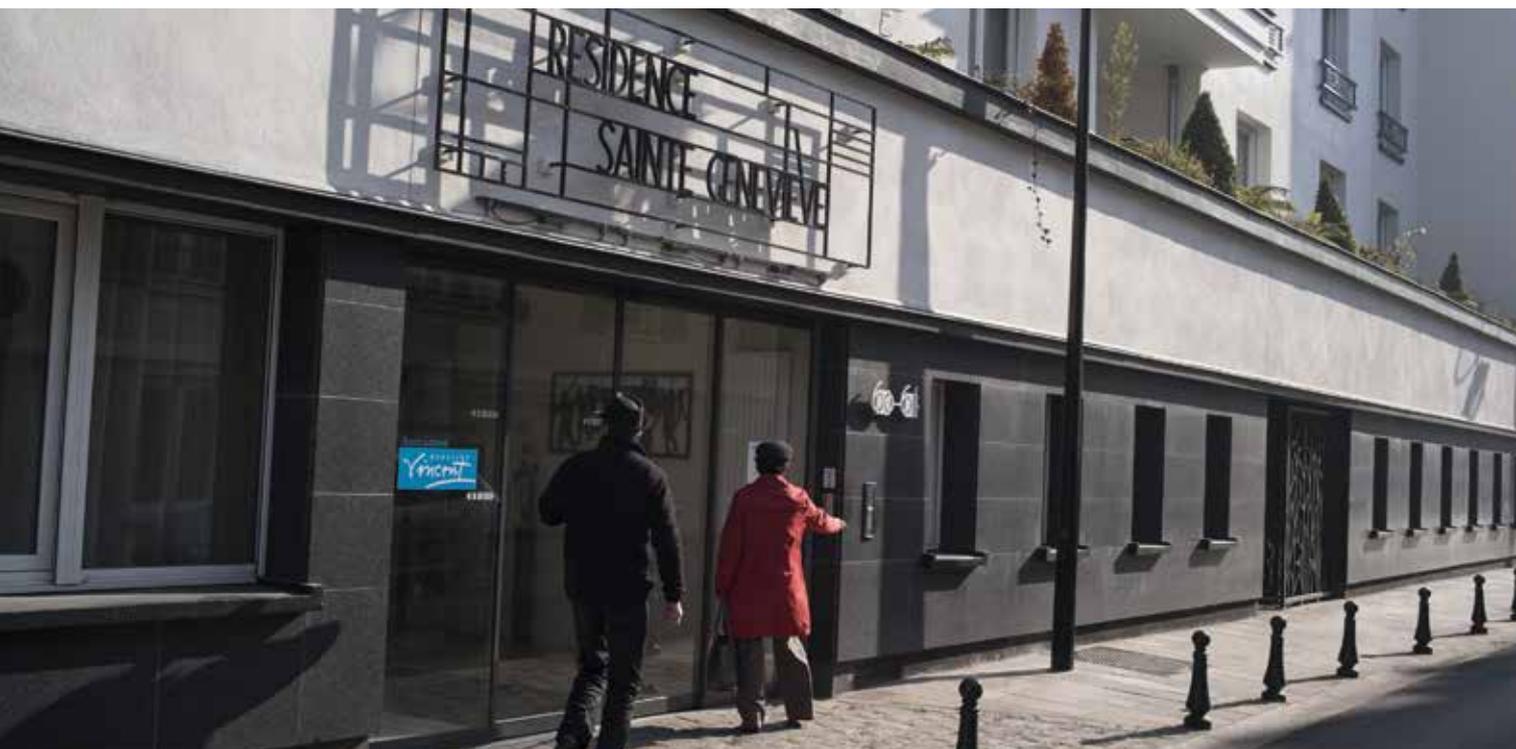
Comme chaque année, la CNSA a réalisé en 2014 un bilan intermédiaire des plans de créations de places au 31 décembre de l'année précédente (cf. tableaux ci-contre et p. 102).

Le taux d'autorisation (nombre de places autorisées sur le nombre de places notifiées

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°3



### Bilan des plans de création de places en ESMS au 31 décembre 2013

	Places prévues*	Places financées au 31 déc. 2013**	Places autorisées au 31 déc. 2013	Places installées au 31 déc. 2013
Enfants handicapés	12 250	13 014	12 141	10 050
Adultes handicapés	29 200	26 526	17 936	13 817
Total personnes handicapées	41 450	39 540	30 076	23 867
Personnes âgées	90 500	85 383	76 852	60 705

\*(programme pluriannuel de création de places PH 2008-2012 et PSGA 2007-2012) \*\* (crédits notifiés par la CNSA aux ARS)  
 Source : CNSA, bilan des plans présenté au Conseil le 8 juillet 2014.

par la CNSA aux ARS) et le taux d'installation (nombre de places installées sur le nombre de places autorisées) plus élevés dans le secteur des enfants handicapés que dans celui des adultes peuvent s'expliquer par deux facteurs principaux :

- la part des services, plus rapides à installer que les établissements, est plus importante dans l'offre dédiée aux enfants que dans celle visant les adultes ;
- des cofinancements avec les conseils départementaux pour certaines structures pour adultes (foyers d'accueil médicalisé – FAM – et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH), qui peuvent conduire à des durées plus longues de montage des opérations.

Au 31 décembre 2013, les analyses de la CNSA montrent que l'accompagnement en milieu ordinaire par les services représente 30,8 % des places installées pour les enfants et 18,4 % pour les adultes<sup>19</sup>.

19. Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé à la LFSS 2015.

**Bilan des créations de places liées au plan Alzheimer 2008-2012 au 31 décembre 2013**

	Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)	Services de soins infirmiers à domicile spécialisés (équipes spécialisées Alzheimer, ESA)	Unités d'hébergement renforcé (UHR)	Total
Nombre de places notifiées aux ARS	24 465	4 988	1 660	31 213
Nombre de places autorisées par les ARS	14 742	4 244	1 211	20 197
Nombre de places installées par les ESMS	12 432	4 154	1 135	17 721

Source : CNSA (application SELIA).

Le suivi de la mise en œuvre des structures liées au plan Alzheimer met en évidence une progression contrastée des installations (des retards pour les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) du fait de difficultés pointées par les ARS mais un rythme d'installation satisfaisant pour les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR)).

**Analyse prospective de l'évolution de l'offre**

La CNSA a procédé à une analyse des prévisions d'installation annoncées par les ARS à travers leurs programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) pour la période 2014-2018 (à travers une extraction des données de l'application e-PRIAC réalisée en août 2014).

Cette analyse prospective, présentée au Conseil de la CNSA (Commission établissements et services du 5 novembre 2014), montre qu'entre 2014 et 2018 les ARS prévoient d'installer près de 16 500 places en faveur des personnes handicapées et plus de 40 500 places pour les personnes âgées.

Cette programmation représente respectivement 585 et 365 millions d'euros.

Dans le champ du handicap, les places programmées concernent principalement les adultes, conformément au fléchage des crédits notifiés par la CNSA aux ARS depuis 2011 visant à rééquilibrer l'offre « enfants » et « adultes ». Si, pour les enfants, les services d'accompagnement en milieu ordinaire représentent la majorité des places programmées, pour les adultes il s'agit en majorité d'établissements (61 % de foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisé (MAS)). Plus d'un quart des nouvelles places sont destinées à l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme (une part deux fois plus importante que parmi l'ensemble des places installées entre 2008 et 2013, et amenée à augmenter avec la notification aux ARS début 2015 de la seconde enveloppe de crédits du plan Autisme).

Dans le champ de la perte d'autonomie, plus de la moitié des installations prévues concernent les places d'hébergement permanent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et près d'un quart les PASA.

**Suivi des appels à projets**

Pour la première fois, la CNSA a réalisé en 2014 un bilan quantitatif des appels à projets lancés en 2013 par les ARS, exclusivement ou conjointement avec les conseils départementaux, dans le champ médico-social.

# REPÈRES

## \* Des établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées

### Des réponses à tous les âges de la vie

Domaines de la vie	Âge	Accompagnement médico-social
Accueil petite enfance Scolarisation <sup>1</sup> Éducation Formation prof.	0-19 ans	<b>CAMSP – CMPP – SESSAD – IME – ITEP – IEM – EEAP</b> • 106 364 places en établissements • 277 785 enfants accompagnés en services ou en soins ambulatoires: - 47 785 en SESSAD - 65 000 en CAMSP <sup>2</sup> - 175 000 en CMPP <sup>2</sup>
Formation prof. Emploi Logement et vie sociale Accueil et accompagnement médico-social	20-59 ans	<b>ESAT – CRP – CPO</b> • 117 200 places en ESAT • 11 000 places en CRP-CPO-UEROS <b>SAVS – SAMSAH – SSIAD – FAM – MAS – FH – FV</b> • 51 303 places dans les services intervenant à domicile • 26 034 places en MAS • 23 566 places en FAM et 2 836 places en FP • 39 809 places en FH • 49 059 places en FV • 7 319 places en établissements expérimentaux ou d'accueil temporaire
Aide et soins à domicile Hébergement (médicalisé ou non)	60 ans et plus 75 ans et plus	<b>SSIAD – SPASAD – EHPAD – USLD – AJ – HT – FL – EHPA</b> • 859 324 places pour personnes âgées en perte d'autonomie dont: - 557 660 places en EHPAD - 32 994 places en USLD - 117 093 places en SSIAD et SPASAD - 24 348 places en AJ, HT - 111 332 logements en FL - 15 897 places en EHPA

Source: Statiss 2014 (DREES).

1. 239 160 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire et 79 217 en unité d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et sanitaires (source: ministère de l'Éducation nationale – Repères et références statistiques 2014).

2. DREES, enquête ES (établissements spécialisés), 2010.

### Lexique

**Établissements et services relevant, au moins partiellement, d'un financement de l'assurance maladie :**

**AJ, HT:** Accueil de jour, Hébergement temporaire

**CAMSP:** Centre d'action médico-sociale précoce

**CMPP:** Centre médico-psycho-pédagogique

**CRP-CPO:** Centre de rééducation professionnelle – Centre de préorientation

**EEAP:** Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

**EHPAD:** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**FAM:** Foyer d'accueil médicalisé

**FP:** Foyer polyvalent

**IEM:** Institut d'éducation motrice

**IME:** Institut médico-éducatif

**ITEP:** Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**MAS:** Maison d'accueil spécialisée

**SAMSAH:** Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SESSAD:** Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SSIAD:** Service de soins infirmiers à domicile

**USLD:** Unité de soins de longue durée

**Établissements et services relevant d'autres financements :**

**EHPA:** Établissement d'hébergement pour personnes âgées

**ESAT:** Établissement et service d'aide par le travail

**FH:** Foyer d'hébergement

**FL:** Foyer-logement

**FV:** Foyer de vie

**SAVS:** Service d'accompagnement à la vie sociale

# REPÈRES

## \* Des écarts territoriaux à réduire

La répartition et les coûts des établissements et services médico-sociaux sont inégaux sur le territoire national. La réduction des écarts est un objectif posé par la loi, que la CNSA doit contribuer à atteindre. Elle est mesurée par les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexés à la loi de financement de la sécurité sociale.

### Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2012 et 2013

#### Personnes handicapées

Objectif : Réduction des écarts	Interrégional		Interdépartemental	
	PH adultes	PH enfants	PH adultes	PH enfants
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	en baisse	en baisse	en baisse	stable
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie* pour 1 000 hab.	en baisse	en baisse	en baisse	en baisse

« Stable » signifie ici que l'écart est inférieur ou supérieur de 0,5 % par rapport à l'exercice précédent.

#### Personnes âgées

Objectif : Réduction des écarts	Interrégional	Interdépartemental
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	stable	en baisse
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie* pour 1 000 hab.	stable	stable

\* les dépenses d'assurance maladie prises en compte ici sont :

- pour le secteur « personnes handicapées », l'ensemble des versements effectués aux ESMS ;
- pour le secteur « personnes âgées », l'ensemble des versements effectués aux ESMS ;
- complétés des versements aux unités de soins de longue durée et des actes infirmiers de soins des infirmiers libéraux.

## \* Développement de réponses spécifiques

Aux plans pluriannuels de développement de l'offre de la fin des années 2000, dont le déploiement continue à produire des effets en termes de créations de places, succèdent désormais des programmes plus ciblés comme ceux destinés aux personnes avec handicaps rares ou aux personnes avec troubles envahissants du développement.

### Schéma handicaps rares 2014-2018 :

- Déploiement de l'organisation intégrée au sein des territoires, à travers la mise en place des équipes-relais.
- Amélioration du repérage précoce et de l'évaluation des situations de handicap rare.
- Promotion de la continuité du parcours de vie à travers une meilleure coopération entre secteurs et le soutien à de nouvelles modalités d'accompagnement.
- Promotion de la recherche, diffusion de la connaissance et renforcement de la formation des professionnels et des proches.

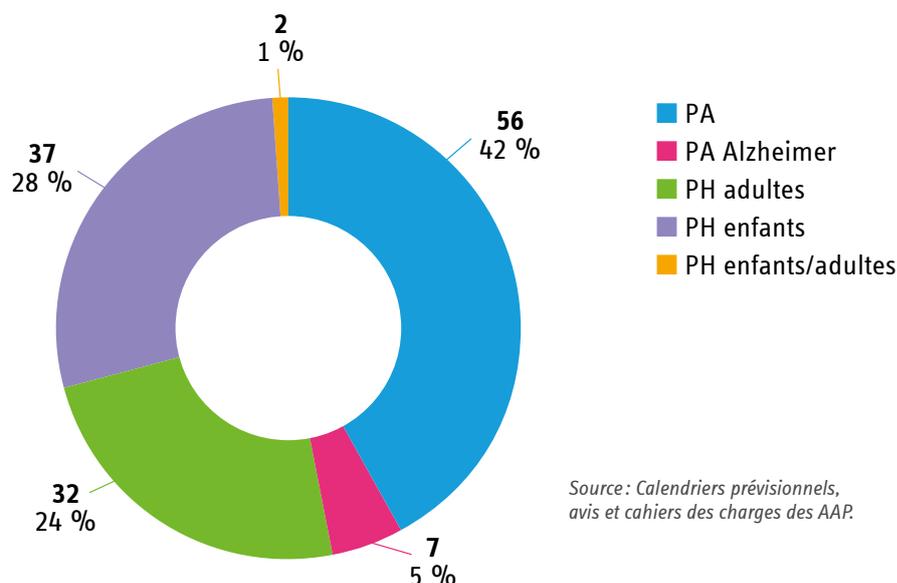
### Plan Autisme 2013-2015 :

Le plan prévoit un volume de crédits global de 195 M€ pour l'évolution de l'offre médico-sociale, dont la majeure partie est destinée à la création de places nouvelles :

- unités d'enseignement en maternelle : 700 places ;
- SESSAD : 850 places (dont 300 places spécifiques dans le cadre de la mise en place du triptyque repérage/diagnostics/interventions précoces) ;
- accueil temporaire : 350 places ;
- adultes (MAS, FAM, SAMSAH) : 1 500 places.

Le plan prévoit également 40,1 M€ pour le renforcement de l'offre existante, et 17,9 M€ pour le renforcement de l'offre en CAMSP et CMPP (axe relatif au repérage, aux diagnostics et aux interventions précoces).

## ■ Répartition par secteur des appels à projets lancés par les ARS en 2013



Ce recensement met en évidence 134 appels à projets publiés (représentant 3 851 places), 171 ayant été initialement prévus par les ARS (4 663 places). Ils se répartissent quasiment à égalité entre les personnes âgées et les personnes handicapées.

Environ un appel à projet sur cinq lancé en 2013 concerne l'innovation et l'expérimentation de nouvelles formes d'accompagnement

(concernant essentiellement les enfants handicapés et les personnes âgées).

La mise en œuvre du plan Autisme se traduit par un nombre croissant d'appels à projets dans ce champ : quatre en 2011, treize en 2012, vingt-quatre en 2013. Il s'agit principalement de services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

## FOCUS

### La CNSA en dialogue permanent avec les ARS

La CNSA et les représentants des ARS se réunissent régulièrement avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour des journées de travail visant à faire converger les pratiques des agences, à harmoniser la mise en œuvre des politiques médico-sociales et à accompagner l'appropriation par les ARS de la réglementation et des orientations nationales. Ainsi, des réunions dédiées à des chantiers spécifiques (la refonte de l'outil PATHOS, le Schéma handicaps rares, les situations critiques, ou encore l'autisme) s'ajoutent à celles faisant un point général sur les principales missions des ARS (l'allocation de ressources, la programmation de l'offre). La CNSA apporte parfois un appui plus personnalisé à travers des missions auprès d'ARS confrontées à des problématiques particulières.

En complément du « dialogue CPOM » (suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS) conduit chaque année sous l'égide du secrétariat général (SG) des ministères sociaux sur l'ensemble des priorités d'action des ARS, la CNSA organise des dialogues de gestion avec les agences afin de faire le point sur les réalisations et de préparer la campagne tarifaire dans le champ médico-social.



### Accroissement des moyens des établissements via la médicalisation

La CNSA produit des analyses portant à la fois sur la mesure des besoins en soins des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (mesurés à travers la grille PATHOS) et sur le niveau de financement dont les EHPAD disposent pour organiser l'accompagnement de ces résidents. Elle présente ces analyses à son Conseil.

L'analyse des données sur les besoins en soins des résidents montre une tendance à l'augmentation de ces besoins (le « PATHOS moyen pondéré » est passé de 192 en 2012 à 198 en 2013). Cela s'explique notamment par une entrée en établissement plus tardive<sup>20</sup>, qui s'accompagne d'un besoin de soin plus élevé dès l'entrée en institution.

La médicalisation des EHPAD progresse pour accompagner l'évolution du profil de leurs résidents. Entre 2006 et 2013, 84 % des conventions tripartites ont été renouvelées dans ce cadre. En 2014, 147 M€ supplémentaires ont été consacrés à la médicalisation des EHPAD et 10 M€ supplémentaires pour la réouverture encadrée du tarif global.

20. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est ainsi de 84 ans et 9 mois en 2011 contre 83 ans et 5 mois en 2007, et 82 ans en 1994, selon la DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>).

### FOCUS

#### Refonte de l'outil GALAAD

Une nouvelle version du système d'information GALAAD, développée en 2014, est déployée en 2015. Plus souple et plus simple d'utilisation pour les médecins coordonnateurs, avec une meilleure sécurisation des informations, elle permettra de paramétrer les modifications du référentiel PATHOS en cours de révision (*cf. ci-dessous*).

Les médecins des ARS ont été formés à ce nouvel outil, de façon à le tester en conditions réelles et à pouvoir former les médecins des conseils départementaux et les médecins coordonnateurs d'EHPAD de leur région.

L'année 2014 est en outre marquée par le chantier de refonte de l'outil PATHOS, conduit sous l'égide du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. La mise à jour permettra de tenir compte de l'évolution des stratégies thérapeutiques, de mieux valoriser les actions de prévention de la perte d'autonomie, et de mieux prendre en compte les besoins liés aux troubles du comportement.

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°2

## Déconcentration du plan d'aide à l'investissement (PAI) : simplifions !

En 2014, le processus d'attribution des aides à l'investissement a été modifié, conformément à l'objectif fixé à la CNSA dans sa convention d'objectifs et de gestion (COG) qui prévoit une déconcentration de la gestion du PAI vers les ARS. La CNSA assure toujours le pilotage national (définition des priorités de financement, notification des enveloppes

régionales), ainsi que la gestion individuelle des dossiers PAI antérieurs à 2014 et la gestion des crédits relevant de la réserve ministérielle. Mais, à compter de 2014, les ARS sont devenues gestionnaires des dossiers de subvention et versent les aides. Cette évolution a nécessité des travaux d'harmonisation des processus et d'appui aux ARS sur l'analyse et la priorisation des projets d'investissement menés en 2013 et 2014. Elle doit permettre de raccourcir l'instruction et d'allouer plus rapidement les subventions.

Ce nouveau processus s'est accompagné de la mise en service d'une application de gestion, intitulée GALIS, pour le pilotage national et régional des opérations d'investissement. Des formations ont été proposées aux ARS afin qu'elles s'approprient cet outil.

### L'aide à l'investissement

La contribution au financement de l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux constitue une action majeure de la CNSA depuis 2006.

En 2014, le PAI s'est élevé à 127 M€ (cf. *précisions dans la partie « Budget » du présent rapport*). Les PAI visent à limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient acquittés par l'Assurance maladie (secteur handicap) ou par l'utilisateur (secteur personnes âgées).

## FOCUS

### Quelques enseignements de l'analyse des indicateurs de gestion du risque en EHPAD

Le programme 2014 portait sur les données de l'année 2012 concernant 2210 EHPAD (32 % des établissements). L'analyse des données de l'échantillon a livré, entre autres, les enseignements suivants :

- la part du personnel médical salarié dans les charges de personnel totales et le ratio d'encadrement des résidents par du personnel soignant augmentent bien avec la charge en soins, conformément à la logique qui prévaut pour le financement des EHPAD ;
- le coût complet des soins en EHPAD (y compris soins de ville) par place s'élève en moyenne à 13 925 € ;
- le taux d'occupation global est de 95 % (médiane de 98 %), sans qu'à ce stade les variations observées puissent être expliquées par un facteur précis ;
- la fréquence des hospitalisations des résidents varie selon les modalités de tarification des soins (taux plus faible dans les établissements au tarif global) et selon la taille des établissements (taux plus faible pour les établissements plus grands).

### Comprendre les coûts et leurs déterminants

#### Le programme de « gestion du risque » en EHPAD

En complément de la consolidation et de l'analyse des données relatives à la médicalisation et aux dépenses de soins des EHPAD (cf. *ci-contre*), la CNSA est chargée d'accompagner les ARS dans la mise en œuvre du Programme national de gestion du risque en EHPAD.

En 2014, huit indicateurs devaient être renseignés par les ARS afin d'être analysés par la CNSA. L'analyse, qui croise des données d'activité et des données de tarification, a été enrichie pour la première fois par des données de l'Assurance maladie : aux données relatives au forfait soins des EHPAD sont venues s'ajouter celles aux soins de ville.

### La gestion du risque (GDR)

Définition : « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût » (IGAS, 2010). La GDR dans le champ des EHPAD vise à renforcer la connaissance du fonctionnement des EHPAD et notamment la structure des dépenses d'assurance maladie, fournissant ainsi aux ARS des outils pour suivre les EHPAD, identifier des situations particulières et « gérer le risque » au niveau régional.



**Convention CNSA-ATIH**

La CNSA et l'ATIH ont, par accord-cadre 2013-2016, entamé une collaboration en matière d'enquêtes et d'études de coûts sur tout le périmètre des établissements et services médico-sociaux cofinancés par l'Assurance maladie.

**Analyse des coûts en établissements et services**

La CNSA est chargée par la loi de mener des études relatives aux coûts et tarifs des ESMS.

Dans le champ des EHPAD, la CNSA et la DGCS ont confié à l'agence technique de l'information hospitalière, dans le cadre d'une convention, la réalisation de deux enquêtes de coûts, en 2013 et en 2014.

Ces enquêtes ont mesuré les coûts réellement constatés (soins de ville inclus), en répartissant les charges non pas par section

tarifaire, mais par grande activité. L'objectif est de préparer une étude nationale des coûts qui permette de disposer de données d'activité détaillées sur l'année d'exercice et ainsi de mesurer des coûts par typologie de résidents. Cette étude sera déployée en 2015.

Dans le cadre des concertations conduites sur l'évolution du cadre de l'allocation de ressources aux services de soins infirmiers à domicile, la CNSA a en outre exploité les données d'activité de ces services, recueillies par voie d'enquête. L'analyse restituée en septembre 2014 a porté sur l'organisation et le fonctionnement des SSIAD

**FOCUS****La réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées**

Dans les suites du rapport IGAS-IGF relatif aux établissements et services pour personnes handicapées de 2012, la DGCS et la CNSA copilotent un processus de réforme ambitieux de la tarification. L'équipe de cinq chargés de mission recrutés par la CNSA, à laquelle s'ajoute la directrice de projet, qui relève de la DGCS, forme un nouveau pôle au sein de la direction des établissements et services de la Caisse. Le projet a été baptisé SERAFIN-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées).

La cible : une allocation de ressources qui soit équitable, dont les processus soient simplifiés, et qui permette des parcours de vie sans rupture pour les personnes.

Le périmètre : l'ensemble des établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des enfants ou des adultes en situation de handicap et pour lesquels une orientation de la MDPH est nécessaire.

Trois phases de travail ont été définies :

- Phase 1 (en cours depuis fin 2014) : construction des outils qui permettront une allocation de ressources rénovée (un référentiel de prestations permettant de décrire les activités des établissements et services selon un langage partagé, et un référentiel de description des besoins des usagers).
- Phase 2 : choix d'un modèle de tarification, simulation de ses impacts.
- Phase 3 : déploiement de ce modèle.

Les travaux sont menés de façon participative et ouverte, avec la contribution active d'un groupe technique national réunissant des associations gestionnaires, des représentants des usagers, des partenaires locaux et nationaux.



ainsi que sur une projection des évolutions de l'allocation de ressources qui découlerait de l'application des indicateurs du modèle tarifaire en cours de réflexion.

Enfin, comme chaque année, la CNSA a réalisé en 2014 une analyse<sup>21</sup> des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées relevant de son champ de compétence (données de plus de 5 000 établissements),

21. Accessible sur le site Internet de la CNSA.



qui permet de mieux connaître le paysage des établissements et de comprendre les facteurs influençant leurs coûts de fonctionnement. Ces coûts, variables selon la nature de l'établissement, sont composés aux trois quarts de dépenses de personnel.

### **Pilotage et connaissance : le levier des systèmes d'information**

La remontée des indicateurs d'activité et de coûts nécessite une automatisation pour être déployée de façon globale.

La généralisation du tableau de bord partagé de la performance initié par l'ANAP, en cours de reprise par l'ATIH, va dans ce sens. En 2014, 5 000 établissements situés dans neuf régions ont mis en place le tableau de bord (contre 1 000 établissements dans cinq régions l'année précédente).

La CNSA a en outre entrepris de rénover l'application REBECA, servant à faire remonter les comptes administratifs des

établissements pour personnes handicapées, dans le cadre du plan d'urbanisation de ses systèmes d'information. Ainsi, à partir du printemps 2015, les comptes administratifs de l'ensemble du champ (y compris les EHPAD) sont transmis à la CNSA via un outil Web intitulé Import-CA, et mis à disposition des ARS. Les indicateurs de GDR seront générés automatiquement. À terme, l'interopérabilité avec le tableau de bord partagé de la performance sera assurée afin d'éviter les doubles saisies par les ESMS.

Le « tableau de bord partagé de la performance dans les ESMS »

Outil de dialogue entre les établissements et services et leurs financeurs – conseils départementaux et ARS –, ce tableau de bord constitue tout autant un outil de pilotage interne pour les ESMS.

**COG**

**OBJECTIF  
PRIORITAIRE**

**n°1**



## FOCUS

### « Urbanisation » des systèmes d'information : organiser le recueil et l'utilisation des informations

Dans la continuité des travaux conduits depuis sa création en 2006, la CNSA cherche à bâtir un système d'information solide et directement nourri à la source par les données des établissements et services, afin qu'à terme la remontée d'informations soit moins coûteuse en énergie pour chacun des acteurs et de meilleure qualité.

Comme le prévoit sa Convention d'objectifs et de gestion avec l'État, la CNSA s'est engagée dans une démarche d'urbanisation du système d'information du champ des établissements et services médico-sociaux. Une étude réalisée en 2013 a permis de dessiner une feuille de route visant à apporter de la cohérence et de l'efficacité aux outils de pilotage du champ ESMS. Sa mise en œuvre a débuté en 2014.

À terme, la cible consiste à garantir une collecte des données, une seule fois et à la source, pour les mettre à disposition d'applications de gestion ou de pilotage (une même donnée alimentant plusieurs applications qui ne sont pas cloisonnées mais dialoguent entre elles). Cela suppose le partage préalable de nomenclatures et de référentiels, afin que tous les acteurs parlent un « langage commun » et que les systèmes d'information puissent également dialoguer.



## “Mieux connaître les publics.”

**Christian Möller**, directeur d'établissements et représentant de la Fédération hospitalière de France au Conseil de la CNSA.

“ La CNSA nous a beaucoup apporté en termes d'information et de documentation. Il faut souligner les efforts des équipes de la CNSA, qui œuvrent pour la transparence en transmettant régulièrement aux membres du Conseil des rapports et des statistiques sur les créations de places, les coûts, l'activité des MDPH... C'est déjà une vraie richesse. Mais les systèmes d'information mis en place par la CNSA doivent être complétés pour éclairer la réduction des écarts entre les territoires, mieux connaître les publics, et mieux comprendre où se situent les besoins. ”

## L'ESSENTIEL

La CNSA est chargée de l'allocation de ressources aux agences régionales de santé en vue du financement des établissements et services médico-sociaux financés partiellement ou entièrement par l'Assurance maladie. Cette mission s'accompagne d'une exigence de lisibilité et de traçabilité, qui passe par des outils de pilotage efficaces.

Les applications composant le système d'information de la CNSA lui permettent ainsi de suivre la réalisation des plans de création de places et la programmation de nouvelles installations par les ARS. Elles lui donnent également une visibilité sur la tarification

des établissements ou sur la composition de leurs coûts. Le plan d'urbanisation des systèmes d'information de la CNSA, en cours de mise en œuvre, vise à mieux articuler ces outils entre eux, au service d'une simplification des processus de travail.

La CNSA accompagne les investissements requis par la modernisation des établissements et la création de nouvelles places (plans annuels d'aide à l'investissement). La déconcentration du PAI vers les ARS, opérationnelle en 2014, simplifie et optimise le processus de gestion des aides, renforçant ainsi cette politique.

Une ambitieuse réforme de la tarification est engagée dans le champ du handicap, sous le double pilotage de la DGCS et de la CNSA. La recherche d'équité, d'efficacité et d'efficience dans l'allocation de ressources aux établissements pourra s'appuyer sur les éléments de connaissance progressivement consolidés par la CNSA via ses outils de pilotage, mais également sur les riches contributions d'un groupe technique national représentatif du secteur.

Les capacités de pilotage du secteur sont également au cœur du partenariat noué avec l'ATIH et des collaborations régulières avec l'ANAP.

Les maisons départementales des personnes handicapées, créées par la loi du 11 février 2005, portent l'ambition d'offrir à toute personne en situation de handicap une réponse personnalisée et adaptée à son projet de vie tout en s'inscrivant dans le principe d'une égalité de traitement de toutes les situations sur l'ensemble du territoire national. Depuis bientôt dix ans, la CNSA accompagne ces acteurs de proximité dans l'amélioration et l'harmonisation de leurs pratiques.

## Les maisons départementales des personnes handicapées

# Animer les réseaux de professionnels et approfondir la connaissance

### Animation du réseau des MDPH : créer du lien et coconstruire avec le terrain

La CNSA joue un rôle d'appui aux pratiques des professionnels et anime des échanges d'expériences entre les MDPH.

#### Les rencontres nationales régulières : un dispositif apprécié

En 2014, la CNSA a continué d'organiser, à échéances régulières, des rencontres nationales avec les directeurs de MDPH et les différents professionnels (référénts insertion professionnelle, correspondants scolarisation, coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires, référénts statistiques, correspondants compensation technique).

Le programme de ces journées est élaboré en tenant compte des demandes exprimées par les professionnels des MDPH. Les séquences plénières permettent de partager des informations sur les grands chantiers menés au niveau national. Les ateliers en sous-groupes sont le plus souvent dédiés à la coconstruction d'outils d'aide à la décision et à l'analyse croisée de situations « types » pour comparer et rapprocher les pratiques.

Les séminaires avec les directeurs de MDPH visent à échanger sur les sujets d'actualité les plus stratégiques, souvent en présence des administrations centrales. À travers les ateliers organisés, l'ensemble des directeurs participent aux travaux conduits par la CNSA autour des enjeux d'organisation et de pilotage des MDPH.

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°5



Ces temps forts de l'animation de réseau par la CNSA suscitent toujours une grande satisfaction chez les participants (mesurée à l'aide de questionnaires systématiques). Leur fréquentation élevée et constante témoigne de l'intérêt que les professionnels y trouvent.

### **Des échanges d'informations et de pratiques en continu**

Plusieurs canaux et supports sont mis à contribution pour animer le réseau des MDPH.

La CNSA diffuse, deux fois par mois, la lettre électronique «Info Réseau», adressée à tous les directeurs de MDPH. Il s'agit du vecteur privilégié d'échange et de diffusion d'outils et d'informations utiles pour les MDPH (par exemple sur les évolutions de la réglementation, les annonces de séminaires, la transmission des enquêtes et la restitution de leurs résultats).

Depuis 2012, la CNSA alimente en outre le site Passerelle, qui équivaut à un « Extranet ». Ce site remplit trois fonctions : faciliter les échanges d'informations, donner accès à des conseils juridiques et techniques, et diffuser des informations et des contenus de formations. Il compte plus de mille consultations par mois, signe de son utilité.

Bien qu'initialement conçu et développé pour les directeurs, ce site est rapidement apparu comme un outil efficace pour faire circuler les informations et la documentation jusqu'aux équipes. La CNSA le met à profit pour optimiser son appui juridique aux MDPH : en plus de fiches pratiques réalisées avec le concours des administrations centrales et des MDPH et d'une base de données de plusieurs centaines de questions/réponses, le site contient des analyses de la jurisprudence.

La Caisse continue en outre de répondre au fil de l'eau aux questions juridiques des MDPH et d'entretenir des relations avec les juridictions chargées de la majorité des contentieux liés aux décisions des MDPH (tribunaux du contentieux de l'incapacité et Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail).

Par ailleurs, pour faciliter l'accès aux nombreux outils déjà produits, un système de stockage en ligne ouvert aux directeurs de MDPH et à leurs équipes a été mis en place. La CNSA rend ainsi accessibles, de façon simple et au plus grand nombre de collaborateurs, les outils et documents conçus par la direction de la compensation ou partagés entre les MDPH.



## “Plus d’objectivité et d’équité dans l’accès aux droits.”

Patrizia Gubiani-Banholzer, directrice de la MDPH du Haut-Rhin.

À l’interface des instances décisionnelles et des acteurs opérationnels que sont les MDPH, la CNSA a toujours su organiser et maintenir un espace de dialogue et d’expression. Les débats parfois vifs se font dans un climat d’échange et de respect réciproque. Tête de réseau dynamique, la CNSA a en son sein des travailleurs infatigables, qui ont su, à partir des bonnes pratiques des uns et des autres, promouvoir un modèle de fonctionnement exigeant et respectueux des différences.

À l’instar d’une ruche, la CNSA parvient à capitaliser et à donner forme et sens à une myriade de pratiques dont elle constitue le socle commun. Elle coconstruit et outille les MDPH afin de parvenir à mieux objectiver les décisions et à harmoniser les pratiques. Cela permet plus d’objectivité et d’équité dans l’accès aux droits.

La CNSA, c’est la maison commune des MDPH : elle est à la fois un soutien et une référence.



Enfin, le travail avec les MDPH sous forme de conférences téléphoniques et de Webconférences se développe, ce qui n’empêche pas l’équipe de la CNSA de se déplacer sur le terrain : ainsi, en 2014, un cycle de réunions interrégionales a été organisé avec les directeurs et directeurs adjoints des MDPH. Trois thématiques y ont été systématiquement abordées : les échanges entre les MDPH et la CNSA (remontées de données

principalement), le rapport « Zéro sans solution », et les travaux sur le référentiel de missions et de qualité de service des MDPH.

### L’harmonisation des pratiques au service de l’équité de traitement

La CNSA a piloté une étude relative aux conditions d’attribution de la prestation de compensation du handicap et de l’allocation personnalisée d’autonomie. Lancée au troisième trimestre 2013 et menée avec l’appui d’un prestataire et la collaboration des MDPH et des conseils départementaux, elle aboutira mi-2015. Ses résultats contribueront à une meilleure compréhension des déterminants des écarts interdépartementaux, et donc à une possibilité de ciblage accru de l’action de la CNSA sur ces déterminants.

### Évaluation des situations : recherche d’amélioration continue des outils et des pratiques

L’évaluation est une étape clé du processus d’examen personnalisé des demandes déposées en MDPH. La CNSA y consacre chaque année d’importants travaux. Ses objectifs sont d’harmoniser les pratiques des équipes pluridisciplinaires en la matière, et d’outiller le dialogue entre la MDPH et ses partenaires (par exemple les établissements et services médico-sociaux), également détenteurs d’informations utiles à la compréhension de la situation de la personne.

### Le processus d’évaluation en MDPH : état des lieux et recommandations

Une étude réalisée en 2014 à l’initiative de la Commission maladies chroniques du Haut Conseil pour la santé publique (HCSP) s’est penchée sur les processus d’évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et d’élaboration des réponses dans les MDPH.

L’analyse quantitative et qualitative de ces processus met en évidence des évolutions positives dans les pratiques des MDPH (mise en place de cellules d’évaluation de premier niveau, structuration des équipes par dominante du projet de vie, renforcement de la pluridisciplinarité et de la coopération avec les partenaires du territoire, etc.), et de bonnes pratiques à diffuser plus largement.

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°4

# REPÈRES

## \* Membres et financeurs des MDPH, groupements d'intérêt public

Les membres de droit sont :

- le conseil départemental ;
- l'État ;
- les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général.

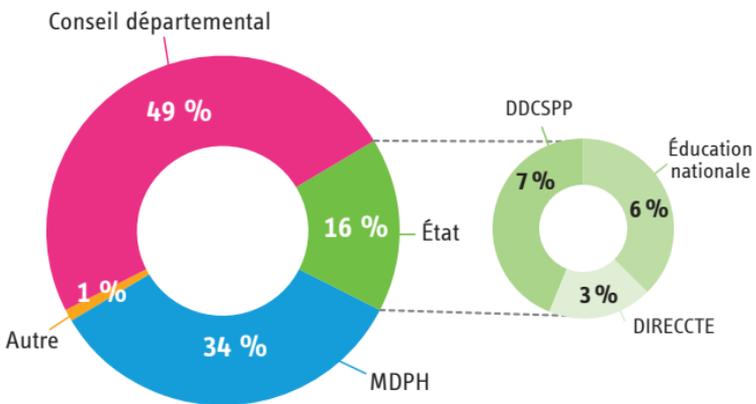
Les associations de personnes handicapées sont également membres de la commission exécutive.

## 64 M€

c'est la contribution de la CNSA au fonctionnement des MDPH.

### Des équipes d'origines diverses...

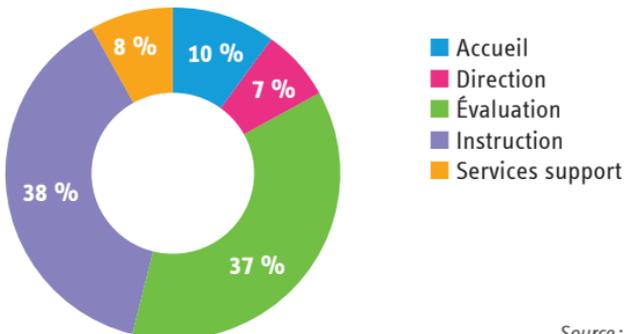
Répartition des effectifs 2013 (ETP) par employeur  
Échantillon de 62 MDPH



Source : CNSA, maquettes MDPH 2013.

### ... investies essentiellement dans le cœur de métier des MDPH

Répartition des effectifs (en équivalent temps plein) de 59 MDPH par « processus »



Source : CNSA, maquettes MDPH 2013.

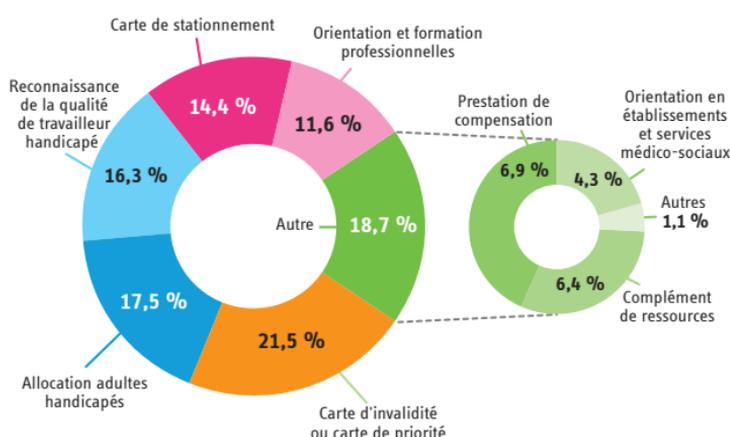
## \* L'activité des MDPH : l'instruction et l'attribution de nombreuses prestations et décisions d'orientation

Les demandes déposées auprès des maisons départementales sont très diverses. Leur flux est important, mais hétérogène d'un département à l'autre : il se situe entre 26 et 84 demandes pour 1 000 habitants.

Source : CNSA, échanges annuels avec les MDPH (2013).

### Répartition des demandes « adultes » déposées en 2013

Échantillon : 69 MDPH

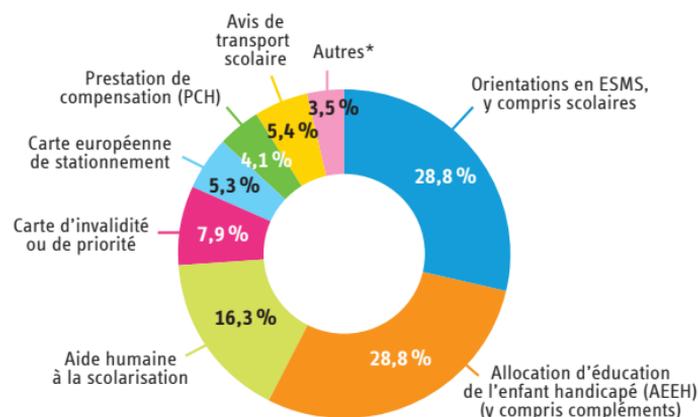


- La répartition des demandes reste stable en 2013, excepté la part des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité, qui diminue au profit des demandes d'AAH.
- La rubrique « Autres » contient les demandes d'allocations compensatrices et les demandes d'avis d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

### Répartition des demandes « enfants » déposées en 2013

Échantillon : 66 MDPH



- La répartition des demandes reste stable en 2013, excepté la part des demandes d'AVS, qui a augmenté de façon importante (+ 1,9 %).
- En 2013, comme les années précédentes, les orientations et l'AEEH représentent près de 60 % des demandes.
- Les avis d'aménagement des conditions d'examen et de scolarité sont exclus de l'analyse, car toutes les MDPH ne les traitent pas.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

\* Rubrique « Autres » : amendement Creton, avis de matériel pédagogique.



S'il a été difficile de définir les caractéristiques d'un « processus d'évaluation performant », faute de critères objectifs et suffisamment partagés, le rapport issu de cette étude identifie néanmoins des modalités d'organisation des MDPH favorisant un traitement efficace des demandes et une analyse réellement pluridisciplinaire des situations. Pour comparer les effets des choix organisationnels et de l'outillage des MDPH sur le délai de traitement des dossiers ou la nature de la réponse, le rapport estime qu'il conviendrait de faire évaluer un certain nombre de dossiers-types identiques par plusieurs MDPH.

#### **Évaluation en matière de scolarisation : un outil partagé**

Élaboré et diffusé conjointement par la CNSA et le ministère de l'Éducation nationale, le Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco) doit permettre aux équipes de l'Éducation nationale et aux MDPH de s'appuyer sur un langage commun afin de compléter leurs expertises. La description fine de la situation de l'enfant par l'équipe éducative ou l'équipe de suivi de la scolarisation, transmise à la MDPH, permet d'aboutir à une meilleure évaluation de la

situation par l'équipe pluridisciplinaire et aux propositions d'accompagnement les plus adaptées pour chaque enfant. L'objectif de la diffusion du GEVA-Sco est également de contribuer à l'harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire.

Cet outil a fait l'objet d'une étude de faisabilité, en conditions réelles, de son utilisation par les enseignants, et de reproductibilité. Les résultats rendus en mars 2014 ont confirmé la valeur ajoutée de l'outil pour les enseignants (il permet de décrire de façon plus systématique et approfondie les situations des élèves) mais également pointé ses difficultés d'utilisation : cela a conduit à des ajustements. Une version quasifinalisée a été diffusée en septembre 2014, et la version finale publiée par l'arrêté du 6 janvier 2015.

Le défi sera désormais de favoriser la bonne appropriation du GEVA-Sco par ses utilisateurs, qu'il conviendra d'accompagner par des formations, sur l'outil lui-même mais également sur les concepts et les méthodes d'évaluation dans le champ du handicap, dont l'étude de 2013-2014 a montré qu'ils n'étaient pas toujours bien maîtrisés.

### Un guide très attendu sur les troubles « Dys »

En coopération avec les MDPH, et avec le concours précieux des membres d'un comité de relecture mobilisant des compétences variées (scientifiques, experts, professionnels et représentants d'usagers et de leurs familles), la CNSA a piloté et conçu un guide relatif aux troubles « Dys ». Ce *Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages* est destiné aux équipes pluridisciplinaires des MDPH et à leurs partenaires. La connaissance de ces troubles est essentielle pour évaluer la situation des personnes de manière pertinente et construire des réponses adaptées. C'est pourquoi le guide fait le point sur les caractéristiques des troubles « dys », la démarche diagnostique et les acteurs concernés. Il précise aussi les répercussions de ces troubles, qu'il convient de prendre en compte pour identifier les besoins de compensation de la situation de handicap, et aborde les réponses (de droit commun et spécifiques) susceptibles d'être mobilisées. Le rôle précis de la MDPH et de ses partenaires ainsi que les limites d'intervention de chacun y sont également traités.

### Harmoniser le processus qui mène à la décision

Le processus qui permet de passer de l'évaluation de la situation d'une personne à des préconisations de réponses doit pouvoir s'appuyer sur une panoplie d'outils d'aide à la décision et d'appui à la pratique afin de garantir l'équité de traitement.

Une « boîte à outils » au service des équipes pluridisciplinaires des MDPH est régulièrement enrichie de fiches techniques et de documents réalisés par la CNSA ou par des MDPH. En 2014, par exemple, de nouveaux outils d'aide à la décision sous forme de « arbres de décision » ont été mis à disposition, concernant l'orientation des jeunes en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique ou encore l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

### Optimiser les organisations, une nécessité pour absorber une activité en hausse

#### Le projet IMPACT, potentiellement porteur de transformation

La Caisse accompagne les travaux de modernisation de l'action publique portant sur les MDPH, avec le Secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP). À la suite du diagnostic réalisé en 2013, la CNSA, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le SGMAP se sont engagés dans le projet IMPACT: Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires.

## FOCUS

### Des efforts d'optimisation des organisations en MDPH

La CNSA dispose de nombreux éléments sur les choix organisationnels des MDPH. La compilation annuelle des rapports d'activité et des maquettes budgétaires des MDPH est source de renseignements qualitatifs et quantitatifs précieux pour comparer les différentes configurations locales.

Elle révèle l'existence de nombreuses démarches de réorganisation dans les MDPH (de plus ou moins grande ampleur, le plus souvent progressives), à la recherche d'une plus grande efficacité opérationnelle et d'une meilleure qualité de service.

Parmi les leviers mobilisés: le renforcement de l'accueil (dont le rôle d'appui à la constitution des dossiers de demande est décisif pour fluidifier le traitement des demandes par la suite) et de la polyvalence des agents instructeurs, l'amélioration du processus d'évaluation, ou encore la formation des professionnels sur les problématiques leur posant le plus de difficultés (l'autisme, le handicap psychique, les troubles « dys »).

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°5



Les MDPH du Nord et du Calvados expérimentent ainsi, avec l'accompagnement de l'équipe projet nationale, des modalités optimisées de dépôt et de traitement des dossiers, conçues en concertation avec les équipes des MDPH et les associations représentatives des personnes en situation de handicap.

L'enjeu d'une telle optimisation du circuit des dossiers est important. Il s'agit d'une part de mieux répondre aux attentes des usagers en réduisant la complexité qu'ils perçoivent dans leurs démarches au contact de la MDPH; d'autre part de permettre un traitement plus efficace et plus fluide des demandes par les MDPH, qui voient leur activité croître de façon continue. L'un des leviers possibles consiste à améliorer l'exhaustivité et la qualité des informations «entrantes» utiles au traitement de la demande de l'utilisateur. Un formulaire de demande remanié et centré sur l'expression des besoins et des attentes de la personne est ainsi en cours d'expérimentation. Il est assorti d'un certificat médical revisité pour le rendre plus ergonomique, plus facile à remplir par les médecins et plus facile à transmettre grâce à sa version dématérialisée.

Des outils d'appui aux équipes des MDPH sont également conçus pour soutenir l'évolution des pratiques professionnelles que supposent ces nouvelles modalités de travail.

Ce chantier permettra de confirmer et de préciser certaines pistes d'amélioration du fonctionnement des MDPH identifiées par l'observation du terrain par la CNSA et par le biais d'études spécifiques.

### **Un référentiel de missions et de qualité de service rénové pour les MDPH**

L'équipe de la Caisse a engagé un autre chantier structurant à partir de 2014: l'élaboration d'un référentiel de missions et de qualité de service des MDPH.

Également mené en lien avec les directeurs de MDPH et la DGCS et en concertation avec les associations de personnes handicapées, ce travail vise à progresser dans la définition de ce qu'est la «qualité de service» attendue dans une MDPH, et la façon de la mesurer. En repartant du périmètre des missions et des attentes qualitatives définies au moment de la création des MDPH, le groupe de travail a procédé à l'actualisation

de ces fondamentaux, dans l'objectif de bâtir un outil au service de l'amélioration continue de la qualité de service pour les MDPH et un outil d'aide à la décision pour les financeurs.

Le référentiel national, dont la finalisation est prévue pour le printemps 2015, constituera un socle de référence commun garant de l'équité de traitement des usagers et un point de repère au regard duquel les MDPH pourront se positionner et définir les axes de progression prioritaires pour elles. Il sera annexé à la prochaine génération de conventions d'appui à la qualité de service que la CNSA signera avec les conseils départementaux et aux conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) à signer entre les partenaires du groupement d'intérêt public (GIP) prévues par la loi du 24 juillet 2011.

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°4

## FOCUS

### « Potentiel Emploi », un nouveau SI pour outiller l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées

Après une première phase d'expérimentation de l'évaluation de l'employabilité de personnes handicapées (2011-2012), le Comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013 en a acté la généralisation progressive. C'est dans ce contexte d'extension de l'expérimentation à vingt-cinq départements en 2014 que la CNSA a été chargée de réaliser un système d'information pour outiller le dispositif.

Baptisée « Potentiel Emploi », cette application métier à destination des MDPH a été conçue et développée au niveau national par la CNSA. Elle est la première du genre.

« Potentiel Emploi » permet aux MDPH, à leurs prestataires chargés d'effectuer les bilans médico-psycho-sociaux-professionnels de la situation des demandeurs de l'allocation adultes handicapés (AAH) et à leurs partenaires locaux (Pôle emploi, Cap emploi...) d'échanger des informations sur les caractéristiques des bénéficiaires, de programmer et suivre les évaluations, de recueillir et structurer les informations issues des évaluations.

### Systèmes d'information : lancement du projet « SI MDPH »

À la suite de l'audit du système d'information (SI) des MDPH réalisé en 2013, la CNSA a approfondi en 2014 les principaux scénarios d'évolution et procédé à la structuration du projet SI MDPH (identification de tous les chantiers et des chefs de projets) et à l'installation de la gouvernance du projet.

Un partenariat structurant a été engagé avec l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) au second semestre sous la forme d'une convention-cadre. Cette collaboration permet à la CNSA de s'appuyer sur une assistance à maîtrise d'ouvrage expérimentée. L'étude de faisabilité engagée par l'ASIP (décembre 2014 - juin 2015) permettra de définir les contours précis du projet et d'en planifier les différentes étapes.

La construction d'un « tronc commun » du SI MDPH, c'est-à-dire d'un ensemble de processus métiers harmonisés et d'une sémantique partagée (garantissant l'efficacité du SI et facilitant les échanges de données aux niveaux local et national), constitue l'une des premières étapes du projet. Un groupe de travail a été constitué en fin d'année, pour commencer ses travaux début 2015.

La CNSA a enfin réactivé en 2014 ses relations avec les éditeurs de SI des MDPH de façon à leur donner de la visibilité sur les travaux prévus.



## L'ESSENTIEL

Après avoir accompagné la création des MDPH et l'émergence de leur réseau, la CNSA poursuit son appui technique, organisationnel et stratégique à ces acteurs clés dans les parcours des personnes en situation de handicap.

Ses objectifs: contribuer à l'amélioration du service rendu aux usagers, renforcer l'équité de traitement sur tout le territoire national et mettre en place un système d'information partagé pour piloter les politiques du handicap.

Ses leviers d'action: dans le cadre de conventions signées avec les conseils départementaux, la CNSA met en œuvre un soutien technique

et juridique aux professionnels des MDPH (bases de données de questions/réponses, guides explicitant la réglementation...). Elle favorise des échanges d'informations réguliers et impulse des travaux collectifs d'élaboration d'outils communs (comme le guide relatif aux troubles « dys »). Elle joue un rôle de capitalisation (dans le champ de l'évaluation notamment, avec en 2014 la finalisation et la diffusion du GEVA-Sco). Elle accompagne et suit des expérimentations (comme la rénovation des processus dans le cadre de la modernisation de l'action publique avec le projet IMPACT et diffuse de bonnes pratiques.

Sur le plan des systèmes d'information, la CNSA et les MDPH sont engagées dans une démarche importante et structurante pour améliorer les fonctionnalités des SI existants et fluidifier les échanges. La CNSA a mis à disposition des MDPH l'application Potentiel Emploi, dans le cadre de l'expérimentation de l'évaluation de l'employabilité. Une nouvelle étape a également été franchie en 2014 avec la structuration du projet SI MDPH et la signature de la convention-cadre avec l'ASIP Santé, qui va permettre à la CNSA de s'appuyer sur un partenaire solide dans cet important projet.

Les solutions de compensation pour l'autonomie prennent des formes très variées pour s'adapter à la diversité des besoins, des situations et des projets de vie des personnes concernées. La disponibilité et l'accessibilité financière d'aides techniques et humaines de qualité, à domicile comme en établissement, conditionnent la mise en œuvre concrète du droit à compensation.

## Aides techniques et aides humaines

# Une nécessaire complémentarité au service du maintien à domicile

### Accompagnement à domicile : plusieurs leviers pour un service de qualité

La section IV du budget de la CNSA est consacrée à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile et de leur personnel ainsi qu'à la formation des aidants et des accueillants familiaux.

### Engagement confirmé des départements pour l'appui au secteur de l'aide à domicile

Les conseils départementaux sont chargés de l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au niveau départemental, notamment en matière de soutien à domicile. À ce titre, ils mènent souvent des actions visant à encourager la structuration du secteur de l'aide à domicile et la modernisation des services et à professionnaliser le personnel. Ils peuvent solliciter le soutien de

la CNSA pour le financement de ce type d'actions, qu'ils organisent dans un programme départemental pluriannuel. Ce soutien est formalisé à travers des accords-cadres.

Les actions qui composent les programmes départementaux concernent essentiellement la structuration de l'offre d'aide à domicile (regroupement de services), l'amélioration de la gestion des services, le déploiement de nouveaux outils de gestion (systèmes d'information, télégestion...), l'amélioration de l'accès aux métiers de l'aide à domicile, la formation et le soutien aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et la formation des accueillants et des aidants familiaux.

Ce dispositif a connu une montée en charge importante alors même qu'il n'est pas obligatoire. Depuis 2007, environ douze nouvelles conventions sont signées en moyenne chaque année et ce sont au total

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

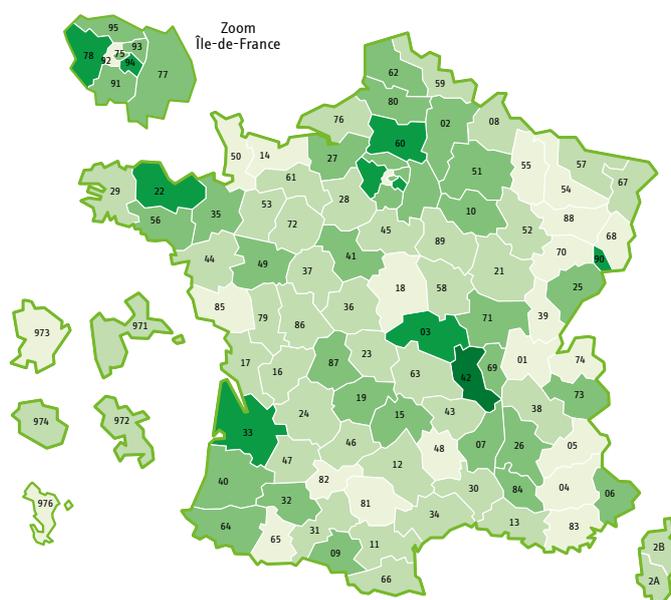
n°6



soixante-dix-neuf départements qui ont bénéficié d'un soutien de la CNSA. En 2014, dix départements ont signé une convention avec la CNSA et cinquante-deux départe-

ments au total étaient couverts par une convention en vigueur. Les dépenses consacrées par la CNSA à ces conventions avec les départements s'élèvent à 17,1 M€ en 2014.

### ■ Déploiement du conventionnement avec les départements au titre de la section IV : état au 31 décembre 2014



- Départements ayant conclu avec la CNSA quatre conventions depuis 2007 (1 département)
- Départements ayant conclu avec la CNSA trois conventions depuis 2007 (7 départements)
- Départements ayant conclu avec la CNSA deux conventions depuis 2007 (30 départements)
- Départements ayant conclu avec la CNSA une convention depuis 2007 (41 départements)
- Départements n'ayant pas conclu avec la CNSA de convention depuis 2007 (22 départements)



### Grands réseaux nationaux : des partenariats stabilisés

Au niveau national, trois têtes de réseaux de services d'aide à domicile ont renouvelé leur convention avec la Caisse en 2014 : l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS), l'Union nationale des soins et services à domicile (UNA) et Handéo.

- La convention avec l'UNCCAS – signée en présence de la secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie – concerne des actions de modernisation des services, de regroupement des structures et de professionnalisation des salariés qui seront mises en œuvre entre 2015 et 2017. Elle bénéficiera aux 2 000 centres communaux et intercommunaux d'action sociale qui gèrent un service d'aide à domicile.
- L'accord-cadre signé avec l'UNA (960 services adhérents) prend le relais du premier programme soutenu, grâce auquel l'UNA avait pu renforcer l'appui à son réseau : soutien de 180 projets de mutualisation,

certification de 140 structures, déploiement d'outils de pilotage et formation de 10 000 intervenants. Les axes du programme 2014-2018 ciblent l'adéquation prestations/besoins d'une part (renforcement des accompagnements auprès des personnes en situation de handicap et meilleure coordination entre aides et soins) et l'optimisation des organisations d'autre part (gestion des ressources, développement des compétences des salariés et de l'attractivité du secteur, systèmes d'information, etc.).

- Le programme « Handicap autonomie domicile citoyenneté » développé par Handéo et soutenu par la CNSA de 2014 à 2017 poursuit, pour sa part, trois objectifs : améliorer la qualité et la lisibilité de l'offre de services à domicile pour les personnes handicapées (labellisation des services), faciliter l'accès des services prestataires à des formations adaptées aux spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées, et accompagner l'intégration des services sur les territoires, au service des parcours de vie des personnes.

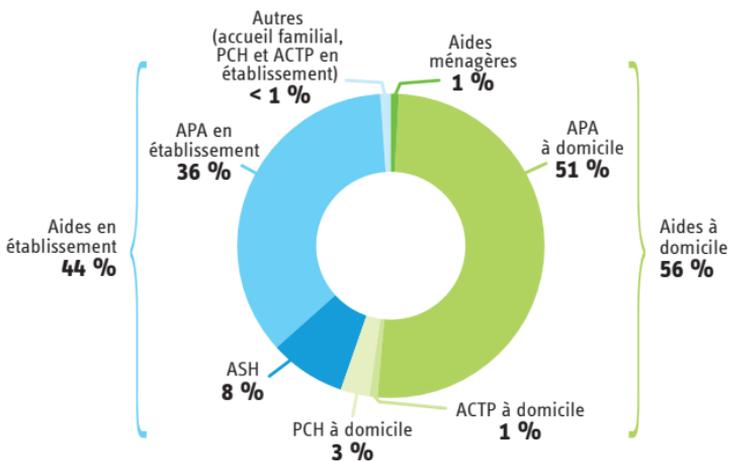
## \* L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

# 1 218 740

**bénéficiaires payés au titre de l'APA en 2013**

(715 180 à domicile – 503 560 en établissement)

### Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2013



Champ : France métropolitaine, situation au 31 décembre 2013.

Source : DREES, enquête Aide sociale 2013.

### L'APA : des plafonds en fonction de la perte d'autonomie

L'APA est attribuée à domicile ou en établissement.

L'APA à domicile est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Le montant de l'allocation est fixé en fonction des besoins de la personne, précisés dans le cadre d'un plan d'aide et en tenant compte de tarifs réglementaires en fonction du degré de perte d'autonomie (les GIR). Les personnes sont ainsi réparties entre quatre groupes iso-ressources (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie). Le niveau de participation de la personne varie selon ses ressources.

### Les plafonds financiers mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2014 pour ces quatre groupes sont :

- GIR 1 : 1 312,67 €
- GIR 2 : 1 125,14 €
- GIR 3 : 843,86 €
- GIR 4 : 562,57 €

### Pourcentage de bénéficiaires de l'APA par GIR au 31 décembre 2013

	À domicile	En établissement
• GIR 1 :	2 %	19 %
• GIR 2 :	17 %	41 %
• GIR 3 :	22 %	17 %
• GIR 4 :	59 %	23 %

Source : DREES, enquête Aide sociale 2013.

## \* La prestation de compensation du handicap (PCH)

# 172 000

personnes ont été payées au titre de la PCH en décembre 2014.

Source : DREES, enquête 4<sup>e</sup> trimestre 2014.

## Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées par mois entre 2006 et 2014



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, année 2014 : données provisoires extrapolées à la population française.

En 2014, **46,6%** des décisions de PCH donnent lieu à un accord.

## La PCH : des plafonds selon les éléments de la prestation

La PCH peut être affectée à des charges de natures différentes, selon les besoins liés au handicap. La prestation est construite autour des différents éléments auxquels les personnes handicapées peuvent prétendre.

Chaque élément est attribué, en fonction des besoins recensés dans le plan personnalisé de compensation, dans la limite d'un plafond.

## Les plafonds par éléments, fixés au niveau national (pour 2014)

1	Aide humaine	Tarif horaire qui varie selon le mode de recours à l'aide : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12,39 €/h pour l'emploi direct</li> <li>• 13,63 €/h pour un service mandataire</li> <li>• 17,59 €/h pour un service prestataire</li> <li>• 3,65 €/h pour un aidant familial dédommagé</li> <li>• 5,48 €/h pour un aidant familial dédommagé (si cessation totale ou partielle d'une activité professionnelle)</li> </ul>
2	Aides techniques	3 960 € pour 3 ans (sauf cas de déplafonnement)
3	Aménagement du logement	10 000 € pour 10 ans
	Aménagement du véhicule, surcoûts liés aux transports	5 000 € (ou 12 000 € sous conditions) pour 5 ans
4	Charges spécifiques ou exceptionnelles	100 € par mois 1 800 € pour 3 ans
5	Aide animalière	3 000 € pour 5 ans

La CNSA soutient en outre six autres grands acteurs nationaux de l'aide à domicile et des services à la personne dans leur dynamique de modernisation et de professionnalisation: ADESSADomicile, ADHAP services, l'ADMR, la Croix-Rouge française, la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM) et Toutadom.

### Le levier de la formation : les accords OPCA-CNSA

La CNSA mène une politique de soutien aux organismes paritaires collecteurs agréés du secteur médico-social et de l'aide à domicile. À travers ses cofinancements, elle permet d'amplifier le nombre de professionnels (y compris de cadres) bénéficiant de formations professionnalisantes et certifiantes. Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) mettent également en œuvre, avec le soutien de la CNSA, des actions de « préparation opérationnelle à l'emploi collective », qui permettent de former des demandeurs d'emploi sur des métiers caractérisés par des difficultés de recrutement.

Depuis 2013, la CNSA soutient également le dispositif des « emplois d'avenir », qui représente près du quart des montants versés aux OPCA sur la section IV.

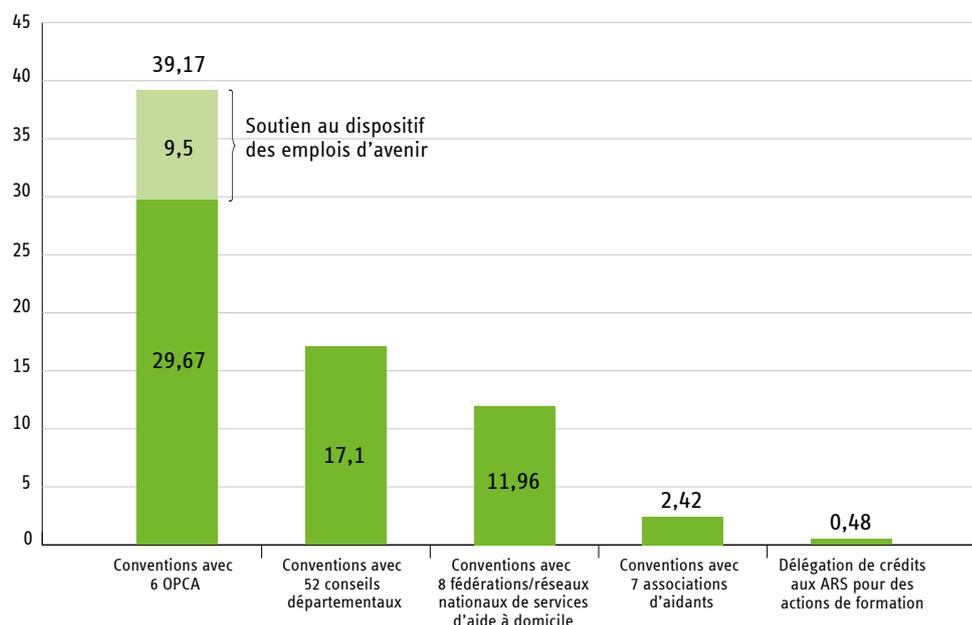
## Aide aux proches aidants : de nouveaux partenariats

### Montée en charge des partenariats avec les associations d'aidants

La CNSA a poursuivi le processus conventionnel en 2014 en nouant deux nouveaux partenariats consacrés à la formation des aidants familiaux de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Elle a en effet signé une convention avec la Fédération nationale des aphasiques de France (FNAF) et des partenaires professionnels de cette fédération (la Société française de psychologie, le Collège français d'orthophonie et la Société de neuropsychologie de langue française) d'une part, et avec l'Association française des aidants d'autre part.

Pour les aidants de personnes aphasiques, le programme soutenu par la CNSA consistera en des sessions de sensibilisation aux répercussions du handicap de communication, ainsi qu'en des sessions d'approfondissement visant à doter les aidants de connaissances et d'outils pour mieux faire face aux troubles au quotidien, disposer de repères, connaître leurs droits et faciliter leurs démarches. Des outils pédagogiques seront également réalisés et diffusés, et un dispositif de formation en ligne mis en place.

### Montants 2014 (en M€) consacrés aux conventions de la CNSA avec ses différents partenaires sur la section IV de son budget



Le partenariat avec l'Association française des aidants se caractérise par sa cible large, puisque les actions de formation s'adresseront aux proches aidants quels que soient l'âge, la maladie ou le handicap de la personne aidée. Les actions de formation porteront sur la posture de l'aidant dans la relation d'aide et sur les aspects pratiques de la vie d'aidant. 15 000 personnes doivent être touchées sur la durée de la convention, sachant que les aidants eux-mêmes seront impliqués dans la construction, l'animation et l'évaluation des actions de formation, dans une démarche de type « développement social local ». La formation s'inscrira autant que possible dans une palette de réponses complémentaires proposées sur un territoire, et la coopération entre les acteurs des différents territoires sera recherchée.

Dans le cadre du plan Autisme, la CNSA soutient en outre l'Agence nationale des centres de ressources autisme (ANCRA) et les associations de familles pour le développement d'actions de formation. Les centres de ressources autisme jouent le rôle de relais pour décliner au niveau local, en lien avec les acteurs du territoire et les familles, les actions de formation prévues par l'accord-cadre national (dispositif présenté dans le rapport de 2013 de la CNSA). Enfin, la CNSA soutient toujours les programmes de formation des aidants portés par France Parkinson, Génération mouvement, l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) (dans le champ du handicap psychique) ainsi que France Alzheimer.

#### Aidants et activité professionnelle : un guide soutenu par la CNSA

L'Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE), en collaboration avec l'Union nationale des aidants familiales (UNAF), a réalisé un guide à destination des entreprises. Ce travail, qui a bénéficié d'une subvention de la CNSA au titre de la section V de son budget, s'est appuyé sur le repérage de bonnes pratiques d'entreprises facilitant la conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle et sur les travaux de recherche disponibles sur les aidants actifs. Il constitue une source d'information pour les entreprises qui ne sont pas nécessairement familières de cette problématique. Il fournit également des conseils et des exemples de mesures facilita-

trices pour les aidants au travail. L'utilisation d'illustrations de type bande-dessinée et le graphisme du guide contribuent à son caractère pédagogique et accessible.

Ce guide a été diffusé à près de 20 000 exemplaires.

#### Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques : un dispositif à pérenniser

##### Une évaluation pour éclairer la réflexion sur l'avenir des centres d'expertise nationaux

##### Rôle de « pont » entre recherche, développements et usages : pari réussi

La CNSA a soutenu pendant trois ans l'expérimentation de centres d'expertises nationales sur les aides techniques relatifs à la mobilité (CEREMH), la stimulation cognitive (CEN STIMCO), les interfaces de communication (CENTICH) et la robotique d'assistance (CENRoB). Portés par un acteur chef de file et organisés de façon à garantir la collaboration entre chercheurs, professionnels de la compensation, usagers et industriels, les CEN ont su pallier l'éloignement des chercheurs et des industriels à l'égard des besoins, des demandes et des usages des personnes handicapées et en perte d'autonomie et de leur entourage. Ils ont constitué des lieux de rencontre pluridisciplinaires et ont gagné l'intérêt d'industriels grâce à l'expertise acquise, notamment leur connaissance des besoins des usagers et des usages des aides techniques.

Tous les CEN ont mis en place des plateformes d'essai et de démonstration accueillant des professionnels de la compensation et des usagers pour une évaluation et une appropriation au plus proche du milieu et des conditions de vie de la personne handicapée et en perte d'autonomie. Ils ont en outre réalisé des évaluations de dispositifs techniques de leur champ de compétence, le plus souvent pour le compte d'industriels, mais aussi d'organismes d'aide aux personnes handicapées et en perte d'autonomie, en s'appuyant sur des outils d'évaluation d'usage utilisés par les professionnels, notamment ergothérapeutes. Ils ont également proposé des formations, et contribué à (ou mené en tant que chefs de file) des projets de recherche et développement (R&D).

COG

OBJECTIF  
PRIORITAIRE

n°6



DR

## *“Aller vers des réponses individuelles et évolutives.”*

Florence Leduc, présidente de l'Association française des aidants.

“ Les aidants, ces invisibles, parlons-en ! C'est ce que nous faisons avec la CNSA depuis 2009, au cours de plusieurs chantiers communs : rapport de la CNSA sur les aidants, partage autour de l'outil de repérage et d'observation de la situation de l'aidant (ROSA) que nous avons conçu, participation à la préparation des rencontres scientifiques en 2014, et, plus récemment, signature d'une convention triennale portant sur le financement d'une action de formation pour 15 000 proches aidants. On parle beaucoup de l'aide aux aidants ; restons collectivement vigilants de façon à ne pas

imposer des solutions « pour tous », mais plutôt à proposer un accompagnement des aidants qui le souhaitent, pour aller vers des réponses individuelles et évolutives. Invertissons la culpabilité dont nombre d'aidants sont chargés, craignant de ne pas en faire assez, alors qu'ils en font toujours plus !

Enfin, il faut surtout que les personnes concernées par les situations de handicap et/ou de dépendance aient accès aux solutions professionnelles requises par leur état, afin que les proches aidants ne deviennent pas les variables d'ajustement des politiques publiques. ”

**Développement de méthodologie d'évaluation du service rendu des aides techniques : un bilan mitigé**

Le cahier des charges prévoyait : des recommandations sur l'évaluation des besoins, la préconisation des solutions et le suivi de leur mise en œuvre, l'établissement des normes de références consensuelles sur l'installation du produit, sa maintenance et son suivi, l'élaboration des cahiers des charges et des spécifications fonctionnelles pour de nouveaux produits, ou encore l'évaluation du besoin en aides techniques. Au regard de l'ambition d'un tel dispositif, il a été difficile d'aller au-delà d'une initialisation de ce processus.



Bien que les CEN n'aient pu remplir l'ensemble des missions du cahier des charges, ils ont réussi à mener une série d'actions utiles et appréciées par leurs partenaires.

**Un modèle économique encore à trouver**

L'évaluation a néanmoins montré que les CEN n'avaient pas réussi, sur la durée de l'expérimentation, à valoriser économiquement leur valeur ajoutée pour les chercheurs

en R&D et les industriels souhaitant concevoir, construire ou évaluer un produit ou un service. Leur situation est donc fragilisée par cette instabilité du modèle économique, ainsi que par la longue durée qui caractérise certains projets de recherche auxquels ils participent.

Il conviendra donc, sur la base de ces résultats d'évaluation, et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée faisant davantage de place aux travaux communs entre les CEN, d'envisager un cadre d'action permettant de capitaliser sur les nombreux aspects positifs de ce dispositif. Il apparaît notamment pertinent de s'appuyer sur l'expérience et l'expertise des CEN pour faire progresser la mise en place d'un cadre consensuel de l'évaluation du service rendu de compensation par les aides techniques, cette évaluation recouvrant aussi bien les aspects liés aux besoins des personnes ou à l'adéquation d'un certain type d'aide à leurs capacités que l'évaluation du service rendu par des aides nouvellement développées.



## L'ESSENTIEL

La compensation des conséquences du handicap et le soutien à l'autonomie mobilisent des aides humaines auprès des personnes, mais également des aides techniques. La CNSA dispose de plusieurs leviers d'action pour améliorer l'adéquation entre ces aides et les besoins et attentes des personnes.

Dans le champ de l'aide à domicile, elle apporte un soutien financier à la modernisation et à la professionnalisation des services, soit en cofinçant des plans d'action départementaux pilotés par les conseils départementaux (79 départements concernés depuis 2007), soit en subventionnant les grandes fédérations nationales pour contribuer à la structuration de leur réseau (9 conventions en vigueur). 29 millions d'euros ont été engagés en 2014 au titre des conventions départementales et nationales sur l'aide à domicile.

Dans les établissements comme dans les services, la CNSA agit à travers de son partenariat avec les OPCA, financeurs de la formation professionnelle, en faveur de la montée en compétence et en qualification des professionnels (39,17 millions d'euros engagés en 2014). La CNSA soutient via les OPCA l'embauche de jeunes en emplois d'avenir dans les structures du secteur.

La CNSA contribue au développement d'une offre de formation des proches aidants en s'appuyant sur les associations d'aidants. 2,4 millions d'euros ont été engagés en 2014 auprès de ces associations. Elle soutient des programmes de sensibilisation et de formation et la réalisation de supports pédagogiques destinés à outiller les aidants pour faire face au quotidien et mieux comprendre les difficultés de leurs proches.

L'enjeu de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle a fait l'objet d'un traitement original sous la forme d'un guide pratique réalisé par l'Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises, avec le soutien de la CNSA.

Les aides techniques relèvent de plusieurs financeurs, dans un paysage institutionnel complexe. Les centres d'expertise nationaux pour les aides techniques, soutenus dans un cadre expérimental par la CNSA, ont montré leur utilité dans ce contexte pour faire le lien entre les usages, les besoins et attentes des usagers d'une part, et les chercheurs et industriels d'autre part. Il convient désormais d'identifier le modèle économique qui permettra de capitaliser sur les apports de ce dispositif innovant.

Mettre la connaissance au service des solutions de demain : tel est l'objectif qui guide la politique de soutien à la recherche de la Caisse. Les appels à projets de recherche ont fait l'objet d'un financement à hauteur de 3 M€ en 2014, et les actions innovantes ont été soutenues à hauteur de 7,5M€. Par la diffusion de la connaissance, la CNSA a aussi l'ambition de mobiliser chercheurs, professionnels et décideurs autour de la participation à la vie sociale des personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge et quelle qu'en soit la cause.

## Études, recherche, innovation

# Développer et diffuser la connaissance

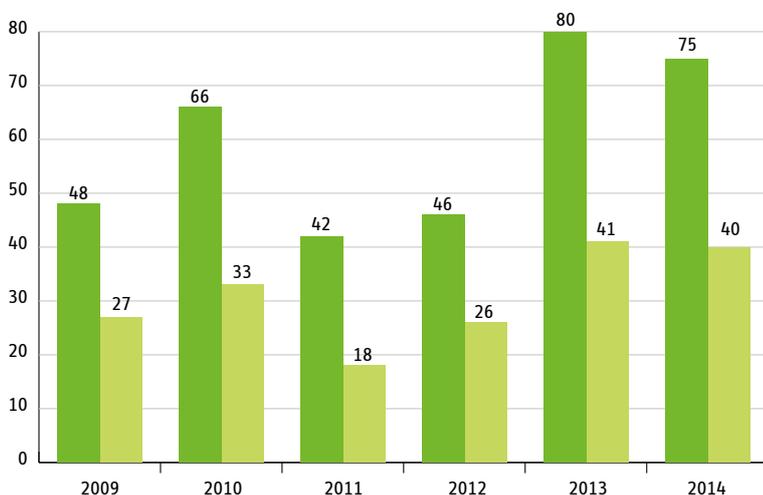
### Subventions aux études et actions innovantes

#### Mobilisation croissante de l'enveloppe de subventions de la CNSA

Différents porteurs de projets peuvent se tourner vers la CNSA pour solliciter une subvention pour la réalisation d'études, d'actions innovantes, d'expérimentations, et le développement d'outils métiers ou

destinés aux usagers. Ces demandes sont examinées par un comité des subventions (cinq séances par an) après avoir fait l'objet d'une instruction interne et souvent d'expertises externes. Environ 50 % des projets déposés donnent lieu à une subvention.

En 2014, les subventions ont représenté un montant de 7,5 M€, soit une relative stabilité par rapport à 2013 (7,8 M€).



#### ■ Nombre de dossiers de demande de subvention examinés par le comité des subventions et nombre de dossiers acceptés

- Nombre total de dossiers soumis au comité
- Dont : dossiers acceptés

Source : CNSA (direction scientifique).



## FOCUS

### Exemples de projets ayant été retenus, pour 4 des 10 axes du programme d'actions 2014

#### Concernant l'amélioration des connaissances des besoins globaux d'accompagnement des personnes (axe 1 du programme d'actions défini pour 2014)

La CNSA participe au financement d'une vague d'interrogations de trois cohortes de personnes âgées (PAQUID, 3C et AMI), dont l'objectif est l'analyse des déterminants de l'apparition des maladies chroniques et de la perte d'autonomie (subvention de 500 000 euros).

#### Concernant les aides techniques (axe 3)

Le centre expert de technologies et services pour le maintien en autonomie à domicile des personnes âgées (MADOPA) réalise une « étude stratégique de l'écosystème santé, autonomie des personnes âgées à domicile ». Elle a pour but de contribuer à l'ajustement des stratégies de maintien en autonomie des personnes âgées à domicile et de développement des solutions technologiques (subvention : 34 884 euros).

#### Concernant l'aide aux aidants informels (axe 4)

L'Union départementale des affaires familiales du département du Maine-et-Loire met en place un centre de ressources et de soutien aux aidants familiaux, dans une démarche partenariale de structuration de l'aide aux aidants dans le département (subvention : 110 000 euros).

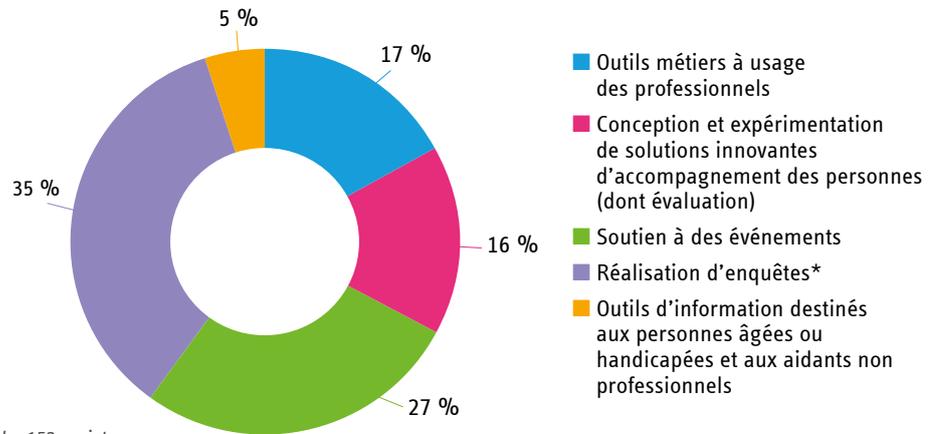
#### Concernant les formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie sur un territoire (axe 5)

L'association Handicap ALISTER expérimente un service spécialisé dans la pédagogie de l'autonomisation, grâce à des logements pédagogiques : service d'accompagnement à la vie autonome (subvention : 245 328 euros).

**Le Conseil scientifique en appui des travaux de la CNSA**

Le Conseil scientifique de la CNSA se réunit deux fois par an en séance plénière. Il apporte son appui aux travaux de la CNSA de plusieurs façons. Il joue tout d'abord un rôle d'orientation, en donnant son avis sur les priorités de travail identifiées dans le programme d'action en matière d'études, recherche et actions innovantes. Il joue en outre un rôle d'aide à la décision et d'appui méthodologique. Depuis 2011, le Conseil scientifique de la CNSA est étroitement lié à l'animation du comité des subventions de la section V et participe à l'expertise des dossiers de demande de subvention selon une grille standardisée. Enfin, le Conseil scientifique joue un rôle d'expertise et de conseil, notamment au travers de commissions spécialisées qu'il choisit de mettre en place.

**Type des projets subventionnés sur la section V (2009-2013)**



N = 152 projets

\* Cette rubrique comprend le financement de grosses infrastructures de recherche (comme l'enquête Care de la DREES) mais également le financement d'enquêtes de moindre ampleur sur des problématiques spécifiques.

Source: CNSA, évaluation en cours de la politique de soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes.

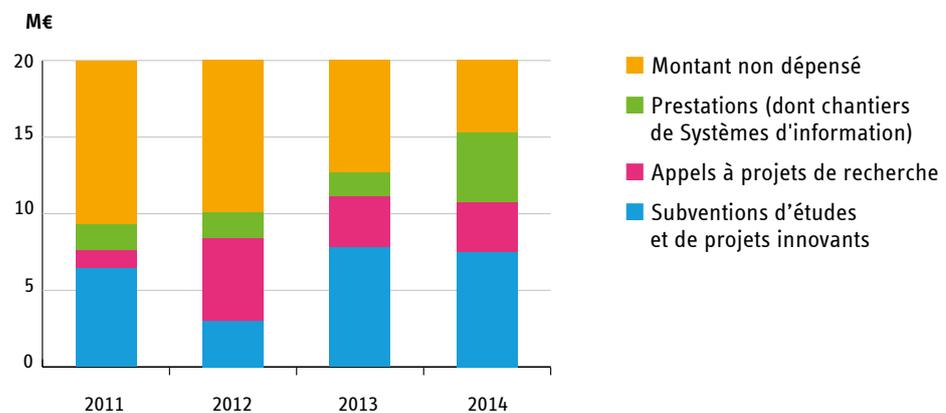
**L'engagement d'une réflexion sur les modalités de soutien à l'innovation**

Après avoir réalisé fin 2014 et présenté à son Conseil scientifique et à son Conseil un bilan des projets financés depuis quatre ans, la CNSA a lancé une évaluation plus approfondie de sa politique de soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes (en cours début 2015).

Elle s'appuiera sur cette évaluation et sur les réflexions de son Conseil scientifique

pour faire évoluer ses modalités de soutien à l'innovation, dans un contexte budgétaire plus resserré sur l'enveloppe de la section V. Un certain nombre de projets d'études et de systèmes d'information portés par la CNSA sont en effet financés sur la même section du budget: ces projets montant progressivement en charge avec l'investissement accru de la Caisse dans des systèmes d'information performants (cf. graphique ci-dessous), la part de l'enveloppe destinée aux subventions et à la recherche se stabilise.

**Évolution de l'utilisation annuelle des 20 M€ de la section V du budget de la CNSA**



Source: CNSA (direction scientifique, direction des affaires générales et financières).

## Appels à projets de recherche

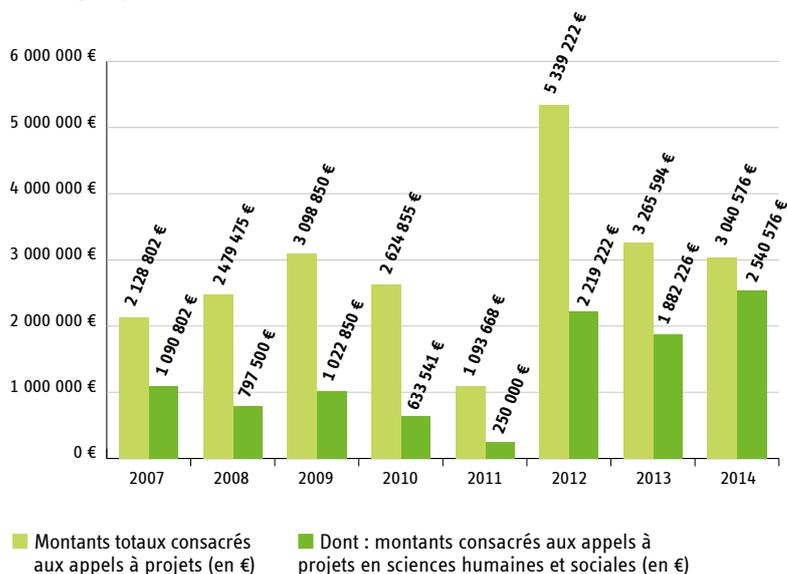
Pour les appels à projets de recherche, la Caisse s'associe à l'Agence nationale de la recherche (ANR), l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et depuis 2012 à la Fondation maladies rares. Ces partenaires administrent les appels à projets et organisent et mettent en œuvre leur procédure d'évaluation scientifique. Selon les appels à projets, la CNSA intervient comme financeur principal ou complémentaire. Elle a engagé 3 M€ dans des appels à projets de recherche en 2014.

La Caisse a renouvelé son partenariat avec l'ANR sur les nouvelles technologies pour l'autonomie: en 2014, un projet a reçu un financement de la CNSA à hauteur de 500 000 €.

Le Programme conjoint sur les maladies neurodégénératives a permis de lancer un nouvel appel à projets transnational, axé sur des études pilotes portant sur des stratégies de prévention de ces maladies. Pour être éligible à un financement par les institutions françaises participant au programme, les projets devaient porter sur la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie chez des personnes déjà fragiles. Un projet est soutenu dans ce cadre par la CNSA, pour un montant de 172 415 €.

En outre, dans le cadre de l'appel à projets permanent «Handicap et perte d'autonomie» cofinancé par la DREES, dont la quatrième session a donné lieu à des conventions de recherche signées en 2014, la participation de la CNSA s'est élevée à 548 546 €. Au total, sept projets ont été financés. La cinquième session a permis le financement de huit projets pour un montant de 416 020 €. La diminution progressive du nombre de projets soumis à cet appel à projets généraliste a conduit à proposer à partir de 2014 une seule session généraliste annuelle (au lieu de deux dans le passé), complétée par deux sessions thématiques, l'une consacrée à l'autisme (chaque année pendant la durée du plan Autisme) et la seconde consacrée en 2014 au handicap psychique et aux majeurs protégés. Pour ce dernier appel à projets, la CNSA a financé cinq projets pour un montant de 481 149 €.

## Montants consacrés aux appels à projets de recherche



“Écouter les initiatives du terrain.”

Jean-Yves Barreyre, vice-président du Conseil scientifique.

“ La CNSA a construit une nouvelle manière de travailler avec les territoires. Elle s'est déplacée pour écouter les initiatives du terrain. Elle a pris l'habitude de repérer les sources d'expertise (les chercheurs, mais aussi les professionnels et les personnes elles-mêmes). Il fallait ouvrir cette fenêtre pour ensuite accéder à la connaissance.

”

Enfin, le partenariat avec la Fondation maladies rares se poursuit : l'appel à projets en sciences humaines et sociales donne lieu au soutien de cinq projets pour un montant de 406 543 euros.

Les montants consacrés chaque année aux appels à projets de recherche sont structurellement irréguliers. Ils fluctuent en fonction de la qualité des projets de recherche soumis et de l'adéquation de ces sujets avec les champs de financement et d'intervention de la CNSA.



## FOCUS

### Les troisièmes Rencontres scientifiques de la CNSA

Les 5 et 6 novembre 2014, plus de 600 personnes ont assisté à la troisième édition des Rencontres scientifiques de la CNSA, consacrée aux proches aidants.

Lors des trois séances plénières, des experts nationaux et internationaux sont intervenus pour éclairer les relations entre aidants et aidés et l'évolution de l'aide (est-il « naturel » d'être aidant ? quelles sont les grandes étapes de l'histoire de l'aide familiale ?), les évolutions de la société face à l'aide informelle, et la situation des aidants en Europe.

Six ateliers ont permis d'aborder le sujet dans ses multiples dimensions et de croiser restitutions de travaux de recherche et visions du terrain. La diffusion et la valorisation des travaux de recherche doit ainsi éclairer les professionnels dans leurs pratiques et les décideurs dans la définition de leurs politiques publiques.

Un film retraçant le témoignage d'aidants a ponctué la manifestation.



DR

### “Assurer un niveau scientifique suffisant.”

Marie-Ève Joël, présidente du Conseil scientifique.

Le Conseil scientifique a été le « témoin » de la richesse des initiatives liées à la création de la CNSA. Les travaux du Conseil sont pluridisciplinaires et croisent les approches juridique, sociologique, économique... Nous avons progressivement identifié les sujets sur lesquels cette expertise pluridisciplinaire pouvait être mise à profit.

Nous avons clarifié la procédure de sélection des projets de recherche, en veillant à un équilibre entre les critères permettant d'assurer un niveau scientifique suffisant aux travaux effectués et la prise en compte des expériences et initiatives de terrain.

## Avis du Conseil scientifique de la CNSA relatif à la structuration de la recherche

Avril 2015

Le Conseil scientifique s'est préoccupé, depuis le début de ses activités, et plus récemment dans le cadre d'un groupe de travail spécifique, de la structuration de la recherche en sciences humaines et sociales sur le handicap, la perte d'autonomie et/ou les limitations fonctionnelles et d'activités sociales.

Les actions directes de la CNSA se situent à différents niveaux :

- contribution au financement d'appels à projets ;
- financement direct d'études et de recherche dans le cadre de la section V ;
- organisation de journées scientifiques ;
- financement de trois chaires.

Même si d'incontestables progrès ont été faits dans le champ de la recherche défini ci-dessus, celle-ci est encore insuffisamment développées du fait du petit nombre d'équipes stables, de l'absence d'incitations suffisantes pour les doctorants et les chercheurs à demeurer dans ce champ, de la dispersion des travaux et d'une insuffisance de structuration des réseaux de recherche. Le rapport de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) a procédé à un état des lieux très complet sur ce sujet. Au-delà du développement quantitatif de cette recherche, des efforts de structuration de la recherche sont indispensables.

Le Conseil scientifique privilégie les objectifs suivants :

**Faire du handicap et de la perte d'autonomie un thème prioritaire pour la recherche.**

Cela implique :

- De s'assurer que les questions relatives au handicap, à la perte d'autonomie et aux limitations d'activités figurent dans

les grands programmes de recherche et appels à projets français et européens ;

- Que le Conseil scientifique explicite les orientations de la recherche qui lui paraissent pertinentes et définissent les thèmes de recherche à traiter en priorité, notamment dans la section V ;

- De poursuivre la politique de création de chaires, en spécifiant davantage le cahier des charges, en particulier la nature du « retour sur investissement » vers la CNSA. Cette politique de chaires est le moyen pour la CNSA de créer et/ou de développer des coopérations directes avec des équipes universitaires et d'avoir une action sur la sélection des thèmes prioritaires ; un choix est à faire entre la pérennisation des chaires actuelles et la création de chaires nouvelles, en particulier dans des disciplines non représentées jusqu'ici, comme le droit ou l'économie. Il convient également de réfléchir à impliquer davantage les universités dans ces programmes de chaires ; ceci en veillant à favoriser les collaborations entre différentes disciplines sur cette thématique ;

- D'encourager les formations doctorales et les masters portant sur le champ d'action couvert par la CNSA (le handicap, la perte d'autonomie et/ou les limitations fonctionnelles et d'activités sociales). L'identification des formations doctorales où les thèmes portés par la CNSA donnent lieu à des thèses pourrait permettre de proposer des allocations de recherche ou des bourses fléchées mieux ciblées. Elle permettrait également de disposer d'une information fiable sur le devenir des doctorants et les centres d'intérêt des laboratoires qui ont travaillé sur le handicap ou la perte d'autonomie afin de mieux comprendre la durée et la nature de leur investissement. À court ou moyen terme, la CNSA pourrait proposer des séminaires et/ou écoles d'été, centrés sur le handicap et la perte d'autonomie, à des doctorants issus de plusieurs disciplines. Un objectif de long terme pourrait être de créer des liens privilégiés avec des écoles doctorales ou interdoctorales qui proposent des programmes de formation et des thèses sur les thématiques de la CNSA. Ceci en tenant compte du contexte actuel de restructuration des universités ;

- De favoriser les collaborations de recherche avec des équipes étrangères et de favoriser ainsi les comparaisons et les collaborations internationales;
- De veiller aux articulations entre les recherches en sciences humaines et sociales et celles en biologie et en santé. Il conviendra aussi d'explorer les nouvelles sources de données offertes par l'accès au Système national d'information des remboursements de l'assurance maladie (SNIRAM) et, plus généralement, aux traitements massifs de méga-données (*big data*, à l'exemple de SHARE);
- De faire avancer les travaux permettant une meilleure collaboration entre les chercheurs académiques et les acteurs de terrain, professionnels et associatifs, et concevoir des dispositifs pour soutenir les projets impliquant ces collaborations.

La CNSA n'a pas à se substituer aux acteurs de la recherche ni à empiéter sur leurs compétences mais à agir en collaboration ou en bonne coordination avec eux; des actions de lobbying auprès des organismes de recherche et d'évaluation de la recherche (universités, CNRS, INSERM, INED, fondations, instituts...) auxquels doivent être associés les membres du Conseil scientifique sont nécessaires à ce stade.

La question des incitations à la recherche est centrale mais problématique. Il y a par ailleurs peu de dispositifs d'évaluation de la recherche qui incluent explicitement des critères d'interdisciplinarité. Or le soutien aux travaux interdisciplinaires est une nécessité concernant cet objet d'étude mais il se heurte actuellement à des difficultés de mise en œuvre, de reconnaissance, de diffusion, et n'est pas suffisamment pris en compte dans les carrières des chercheurs. La CNSA pourrait soutenir davantage cette interdisciplinarité.

#### **Renforcer les coopérations et synergies, soutenir les réseaux de chercheurs maillés avec le terrain**

La CNSA est en contact avec de nombreux réseaux de chercheurs traitant du

handicap et de la perte d'autonomie. Ce potentiel mérite d'être davantage connu pour favoriser l'émergence de quelques laboratoires multidisciplinaires dédiés et contribuer à l'émergence d'une infrastructure tête de réseau.

Cette stratégie de structuration de la recherche visant à fidéliser des chercheurs et des laboratoires ne doit pas pour autant exclure les « passants », qui, par un regard neuf, peuvent aussi décaler ou ouvrir les cadres d'analyse des « fidèles » du champ.

Les contacts entre les réseaux de chercheurs et les acteurs de terrain restent insuffisants pour permettre une diffusion et une valorisation des connaissances à forte utilité sociale.

L'initiative principale de la CNSA est l'organisation de journées scientifiques bisannuelles qui rencontrent un grand succès, mais d'autres initiatives pourraient voir le jour.

Des rapprochements au niveau régional entre les différents laboratoires en sciences humaines et sociales, les structures régionales comme l'ORS, le CREAL, l'IRTS, pourraient être encouragés; l'ouverture plus large des instances de gouvernance de la recherche aux associations est à favoriser. La préparation, commune et dans la durée, d'acteurs de terrain et de chercheurs à la construction d'un appel à projets peut être envisagée.

#### **Développer la recherche et l'innovation sociale**

La qualité méthodologique des études dites de terrain fait fréquemment l'objet de critiques méthodologiques. Parfois, elles manquent d'une bonne connaissance des avancées sur le plan théorique et des avancées scientifiques sur les plans national et international. Parvenir à une qualité méthodologique, théorique, en tenant compte de l'état de l'art sur la question est un moyen de consolider les projets innovants; le risque existe

---

cependant que la limite de ces travaux au regard des critères de scientificité ne permette pas aux études d'aboutir alors même que la question posée présente un intérêt certain et une utilité sociale.

La direction scientifique de la CNSA a déjà précisé les attendus en matière de cadre d'analyse, de déontologie, de connaissance de l'état de l'art et de méthodologie pour les dépôts de projets en section V. La synthèse de la littérature sur le sujet traité et les références aux plans, schémas et recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS, l'ANAP ou l'HAS en sont des exemples.

Il faut trouver des formes de construction d'une problématique de recherche à partir des questions de terrain de décision et de formation concernant les méthodologies destinées aux opérateurs de terrain (associations, bureaux d'études, observatoires, professionnels) et les rapprocher des équipes de recherche. Plusieurs modalités peuvent être envisagées : par exemple, la création de centres de ressources pour les recherches de terrain (sur le modèle des IReSP) ou des plateformes interdisciplinaires productrices de méthodologie d'essais et d'études. Les équipes de chercheurs qui ont déjà une expertise de travail avec les équipes de terrain peuvent jouer le rôle d'accompagnateur, de parrain ou d'associé, et ce à tous les stades, en particulier dans la formulation de la problématique de recherche... La CNSA peut jouer le rôle de catalyseur en identifiant les équipes qui ont une expertise en la matière. Le développement sur le modèle du projet « AIRe » est une hypothèse envisageable.

La possibilité de transposer le modèle PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) au champ médico-social doit aussi être examinée sérieusement.

La CNSA pourrait s'inspirer aussi du dispositif PICRI (« partenariats institutions-citoyens pour la recherche et l'innovation ») institué par la région

Île-de-France et, qui « vise à promouvoir des programmes de recherche reposant sur une collaboration étroite entre laboratoires de recherche publics et organisations issues de la société civile dans toutes leur diversité ».

Il importe également que le caractère innovant du point de vue social des travaux de recherche financés par la CNSA soit mis en avant. C'est un travail de synthèse qui n'est pas terminé à ce jour. Pour les travaux à venir, les chercheurs doivent prendre le temps de cette valorisation. Idéalement, au niveau des instances d'évaluation de la recherche, l'innovation sociale devrait figurer parmi les critères d'évaluation. Et cela supposerait une temporalité particulière nécessitant un temps d'exploitation et de diffusion des résultats après le dépôt des rapports.

Dans la même ligne, le périmètre des travaux relevant de la subvention directe en section V doit être précisé davantage et distingué du périmètre de ceux qui relèvent des appels à projets.

#### **Donner sa place à l'évaluation**

La place des études d'évaluation doit être précisée au regard des travaux de recherche. Les évaluations sont de plusieurs natures. Elles peuvent prendre la forme d'études de besoins, ou chercher à évaluer l'efficacité ou la pertinence de politiques publiques, programmes ou dispositifs. La recherche peut être utile dans la mesure de l'efficacité des politiques publiques ou dispositifs au regard de certains critères, sous réserve de l'intégrer en amont du projet.

La démultiplication d'expériences innovantes nécessite une évaluation de qualité appuyée sur des protocoles précis et validés.

## Diffusion des travaux de la Caisse : une palette de publications

### Des supports diversifiés

Les publications de la CNSA permettent de diffuser l'information et les connaissances issues des travaux menés par ses différentes directions. Elles prennent la forme de collections diverses et sont présentées dans le catalogue des publications, régulièrement mis à jour. L'année 2014 a vu la sortie de

actions presse (conférence de presse en avril, petit-déjeuner avec l'Association des journalistes de l'information sociale en décembre) a permis à la Caisse d'entretenir et de consolider les contacts avec les journalistes. En outre, 132 demandes d'information de la part de journalistes ont été adressées à la CNSA en 2014.

La CNSA poursuit son partenariat avec le *Journal de l'action sociale*: une double page mensuelle est consacrée au thème de l'aide à l'autonomie, ainsi qu'à quelques informations brèves liées à l'actualité.

### Page d'accueil du nouveau site de la CNSA



nombreuses publications, notamment un dossier technique très attendu : *Trouble Dys. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages* (décembre 2014), et un troisième numéro des *Cahiers pédagogiques* de la CNSA intitulé *MAIA – Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie* (octobre 2014), diffusé à 7 500 exemplaires.

Une nouvelle collection est née en 2014 : les « Repères statistiques », fiches synthétiques présentant des données chiffrées significatives.

### Informer, expliquer, diffuser : relations presse et site institutionnel

À l'instar du nombre de communiqués et de dossiers de presse, l'augmentation des

Le site Internet de la CNSA, site de référence dans le secteur, a fait l'objet en 2014 d'un important chantier de refonte éditoriale et technique. Site institutionnel aujourd'hui centré sur l'organisation et les travaux de la CNSA, la nouvelle vitrine de la Caisse sera davantage tournée vers les actions et le terrain pour répondre aux attentes des utilisateurs.

## FOCUS

### Accessibilité en ligne

Depuis sa création, la CNSA s'efforce d'améliorer l'accessibilité de ses sites et les fait régulièrement évoluer dans cet objectif. Elle vise pour son nouveau site le niveau double A du référentiel général d'accessibilité des administrations (RGAA), pour être accessible à tous, quel que soit le matériel ou le logiciel utilisé pour naviguer sur Internet.

La CNSA s'appuie par ailleurs sur les recommandations et référentiels de communication en santé publique produits par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et sur des initiatives menées par le secteur associatif relatives à la communication et à la diffusion de l'information à destination des personnes en situation de handicap mental. Ainsi, des versions simplifiées d'une sélection d'articles, traduits en « facile à lire et à comprendre », seront proposées sur le nouveau site de la Caisse.

La création d'un compte Twitter accompagnera la mise en ligne du nouveau site, qui relaiera les tweets émis par la Caisse. Le public cible du site reste les professionnels des secteurs social, sanitaire et médico-social.

La CNSA a pris le parti de bâtir un portail d'information faisant le lien avec les ressources existantes, déjà très riches, et avec les informations mises à disposition par les acteurs de proximité que sont notamment les conseils départementaux. Elle a donc étroitement collaboré pour la réalisation du portail avec un comité éditorial composé de onze conseils départementaux, dix fédérations, quatre associations de personnes âgées et d'aidants, ainsi qu'avec les administrations centrales et les agences régionales de santé, les caisses de retraite, la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale des allocations familiales.

### Portail d'information : la communication de la CNSA à l'aube d'une nouvelle ère

Inscrit dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, le portail d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches en est une des mesures emblématiques. Il représente une nouvelle mission pour la Caisse : informer les personnes et leur famille ainsi que le grand public.

Créer les conditions d'un réel accès pour tous à l'information, aux aides et aux droits, informer, expliquer, renforcer la transparence de l'offre en établissements et services médico-sociaux, orienter vers les acteurs et points d'information locaux afin de transformer les parcours du combattant en parcours d'autonomie, tels sont les principaux enjeux de ce projet confié à la CNSA.

Le portail, dont la sortie est attendue au printemps 2015, après une année d'intense mobilisation pour le réaliser, s'adresse aux personnes âgées et à leurs proches aidants. Il sera également utile aux professionnels du soin et de l'accompagnement. Une plateforme téléphonique sera adossée au portail.

## L'ESSENTIEL

L'action scientifique de la CNSA sert l'objectif de développement quantitatif et qualitatif des projets de recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. La recherche doit en effet éclairer la décision par une meilleure connaissance des publics, et favoriser le développement et l'accompagnement de nouveaux outils et de nouvelles pratiques. Plusieurs leviers sont mobilisés.

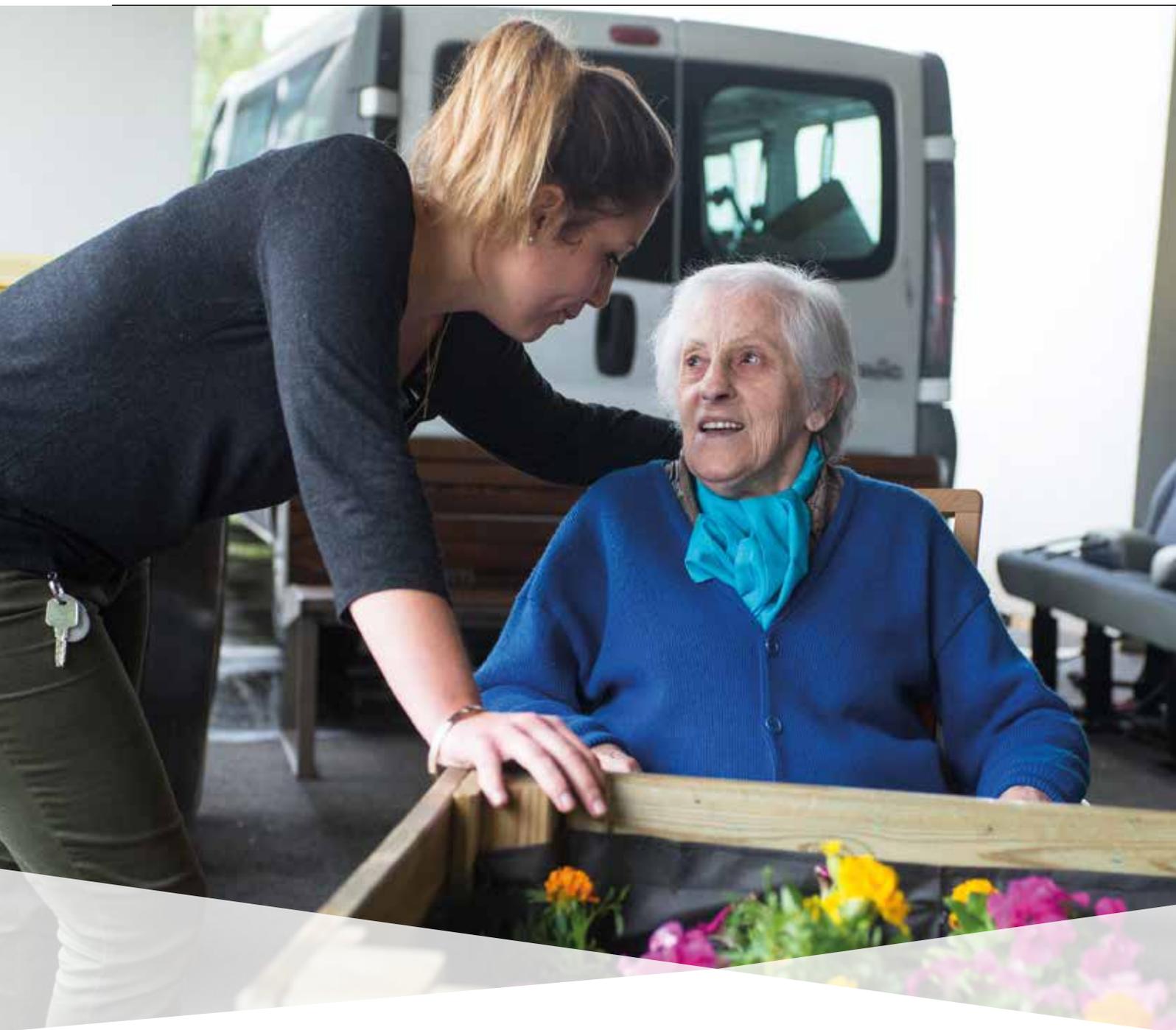
Les appels à projets de recherche (3,2 M€ en 2014), dont la gestion est assurée par des partenaires du

domaine de la recherche, se diversifient dans leur objet et touchent des disciplines de plus en plus variées. Les partenariats noués par la CNSA ont été enrichis. Les résultats des travaux de recherche ainsi financés stimulent l'innovation sociale et technologique et éclairent les politiques publiques.

Le dispositif de soutien à des projets d'étude ou d'actions innovantes par des subventions (7,5 M€ en 2014) connaît un succès certain. Une évaluation de son fonctionnement et de ses effets, lancée fin

2014, fournira des pistes d'amélioration de cette action de la CNSA.

Enfin, la CNSA met en œuvre une politique éditoriale s'appuyant sur des collections diversifiées, de façon à diffuser les résultats de ses travaux. L'année 2014 a été marquée par une forte mobilisation des équipes sur la refonte du site Internet de la Caisse et sur la réalisation d'un portail d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches, qui marque une mission nouvelle pour la CNSA.



## **L'EHPAD Jean-Viollet: un lieu de vie, de rencontres et d'échanges**

L'EHPAD Jean-Viollet, géré par l'association Le moulin vert, accueille des personnes âgées de façon permanente ou temporaire à La Courneuve. Inauguré en 2014, le jardin de la résidence est un espace de bien-être, créateur de liens sociaux.



# Glossaire

- AAH** Allocation adultes handicapés
- ACOSS** Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ACTP** Allocation compensatrice pour tierce personne
- ADF** Assemblée des départements de France
- AEEH** Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AGEFIPH** Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- AGGIR** Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (grille d'évaluation)
- ANAH** Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
- ANAP** Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANCRA** Association nationale des centres de ressources autisme
- ANCREAI** Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
- ANESM** Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ANR** Agence nationale de la recherche
- ANSP** Agence nationale des services à la personne
- APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- AP-HP** Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- ARS** Agence régionale de santé
- ASIP Santé** Agence des systèmes d'information partagés de santé
- ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AVS** Auxiliaire de vie scolaire
- CAMSP** Centre d'action médico-sociale précoce
- CARSAT** Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- CASA** Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
- CCMSA** Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
- CDAPH** Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CDCA** Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
- CDCPH** Conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées
- CEN** Centres d'expertises nationaux
- CEN-AT** Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques
- CEPS** Comité économique des produits de santé
- CIH** Comité interministériel du handicap
- CLIC** Centre local d'information et de coordination gérontologique
- CMPP** Centre médico-psycho-pédagogique
- CNAMTS** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNCPH** Conseil national consultatif des personnes handicapées
- CNRPA** Comité national des retraités et personnes âgées
- CNS** Conférence nationale de santé
- COG** Convention d'objectifs et de gestion
- CPOM** Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CRA** Centre de ressources autisme
- CREAI** Centre régional d'étude, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, anciennement Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
- CRSA** Conférence régionale de santé et de l'autonomie
- CSA** Contribution solidarité pour l'autonomie
- CSG** Contribution sociale généralisée
- DAES** Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
- DB** Direction du budget
- DGCS** Direction générale de la cohésion sociale
- DGESCO** Direction générale de l'enseignement scolaire
- DGOS** Direction générale de l'offre de soins
- DREES** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DSS** Direction de la sécurité sociale
- EHESP** École des hautes études en santé publique
- EHPAD** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESA** Équipe spécialisée Alzheimer
- ESMS** Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ETP** Équivalent temps plein
- FAM** Foyer d'accueil médicalisé
- FEPEM** Fédération nationale des particuliers-employeurs
- FIPHFP** Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
- FIR** Fonds d'intervention régional
- GDR** Gestion du risque
- GED** Gestion électronique des documents
- GEM** Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
- GEVA** Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
- GEVA-Sc** Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation
- GIP** Groupement d'intérêt public (MDPH)
- GIR** Groupe iso-ressources
- HAPI** Harmonisation et partage d'information (système d'information)

**HAS** Haute Autorité de santé  
**HPST** Loi « Hôpital, patients, santé, territoires »  
**IGAS** Inspection générale des affaires sociales  
**IGF** Inspection générale des finances  
**Inpes** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
**IRDES** Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
**IReSP** Institut de recherche en santé publique  
**IRTS** Institut régional du travail social  
**ITEP** Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique  
**LFSS** Loi de financement de la sécurité sociale  
**MAIA** Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
**MAS** Maison d'accueil spécialisée  
**MDA** Maison départementale de l'autonomie  
**MDPH** Maison départementale des personnes handicapées  
**MECSS** Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale  
**ODAS** Observatoire national de l'action sociale  
**OGD** Objectif global de dépenses  
**ONDAM** Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
**ONFRIH** Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap  
**OPCA** Organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)  
**ORS** Observatoire régional de santé  
**ORSE** Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises  
**PAERPA** Personnes âgées en risque de perte d'autonomie  
**PAI** Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux  
**PASA** Pôle d'activité et de soins adaptés (en EHPAD)  
**PATHOS** Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement  
**PCH** Prestation de compensation du handicap  
**PMND** Plan maladies neuro-dégénératives  
**PRIAC** Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
**PSGA** Plan solidarité grand âge  
**SAMSAH** Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
**SESSAD** Service d'éducation spéciale et de soins à domicile  
**SGMCAS** Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

**SI** Système d'information  
**SROMS** Schéma régional d'organisation médico-sociale  
**SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile  
**UE** Unité d'enseignement  
**UHR** Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)  
**UNA** Union nationale des soins et services à domicile  
**UNAF** Union nationales des associations familiales  
**UNAFAM** Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  
**UNCCAS** Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale  
**USLD** Unité de soins de longue durée



Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens Cedex  
Date de parution : juillet 2015  
Dépôt légal : juillet 2015  
ISSN : 2266-7326



## La CNSA est un établissement public dont les missions sont les suivantes :

- > Financer l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.
- > Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources.
- > Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux agences régionales de santé dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre.
- > Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.



### **CNSA**

66, avenue du Maine  
75682 Paris Cedex 14  
Tél. 01 53 91 28 00

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

# Annexes

RAPPORT 2014

Caisse  
nationale de  
solidarité pour  
l'autonomie

# SOMMAIRE

## des annexes

### ANNEXE 1

- Budgets
- **Page 02** Budget rectifié 2015
  - **Page 04** Budget exécuté 2014

### ANNEXE 2

- **Page 09** Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

### ANNEXE 3

- **Page 15** Analyse de l'actualisation 2014 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

### ANNEXE 4

- **Page 21** Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

### ANNEXE 5

- **Page 23** Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2013

### ANNEXE 6

- **Page 35** Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2014

### ANNEXE 7

- **Page 40** Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2014 - Projets d'études et de recherche et actions innovantes

## Annexe 1 – Budgets

### Budget rectificatif 2015 n° 1 (en millions d'euros) – Conseil du 14 avril 2015

Source: CNSA/DAGF.

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>19 343,7</b>	<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>19 343,7</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>9 600,0</b>	<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>9 600,0</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 544,5	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	313,8
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	30,0	▪ Contribution droits tabac (14 %)	30,6
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 183,6
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Opérations diverses	24,5	▪ Déficit	72,1
▪ Excédent	0,0		
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>9 743,7</b>	<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>9 743,7</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 639,5	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	896,6
▪ Financement de 288 MAIA (dont 50 nouvelles en 2015)	71,1	▪ Contribution droits tabac (40 %)	87,3
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 711,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	1,2	▪ Déficit	48,0
▪ Opérations diverses	30,3		
▪ Excédent	0,0		
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 759,8</b>	<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 759,8</b>
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 736,8	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	448,3
▪ Congé de soutien familial	0,1	▪ Contribution droits tabac (20 %)	43,7
▪ Opérations diverses	23,0	▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 196,1
		▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	71,5
		▪ Produits financiers	0,3
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>639,8</b>	<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>639,8</b>
▪ Concours versés aux départements (PCH)	557,6	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	582,8
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	64,0	▪ Contribution droits tabac (26 %)	56,8
▪ Congé de soutien familial	0,1	▪ Produits financiers	0,3
▪ Opérations diverses	18,1	▪ Déficit	0,0
▪ Excédent	0,0		
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>116,8</b>	<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>116,8</b>
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	74,0	▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	63,0
▪ Charges provisionnées	36,8	▪ Reprise de provisions	36,8
▪ Charges provisionnées (emplois d'avenir)	5,2	▪ Reprise de provisions (emplois d'avenir)	5,2
▪ Opérations diverses	0,9	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Excédent	0,0	▪ Déficit	0,0

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>314,7</b>	<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>314,7</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>206,0</b>	<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>206,0</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	8,1	▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Charges provisionnées	3,1	▪ Reprise de provisions	3,1
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2014 »	115,0	▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	115,0
▪ PAI foyers-logements	2,9		
▪ Aide aux aidants	4,0		
▪ Convention DILA	0,5		
▪ PAI 2015	70,5		
▪ Excédent	1,9	▪ Déficit	77,9
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>109,2</b>	<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>109,2</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	6,8	▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2014 »	49,0	▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	49,0
▪ Charges provisionnées	4,0	▪ Reprise de provisions	4,0
▪ Convention emplois STAPS	1,2	▪ Reprise de provisions « Convention emplois STAPS »	1,2
▪ Concours complémentaires versés aux départements (MDPH)	10,0		
▪ Fonds de compensation du handicap	5,0		
▪ PAI 2015	30,0		
▪ Excédent	3,2	▪ Déficit	45,0
<b>« Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement »</b>	<b>682,5</b>	<b>« Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement »</b>	<b>682,5</b>
▪ Dépenses en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie (projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement)	659,1	▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (100 % CASA)	682,5
▪ Convention ANAH	20,0		
▪ Opérations diverses	3,4		
▪ Excédent	0,0	▪ Déficit	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>19,4</b>	<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>19,4</b>
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,5	▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	19,4
▪ Dotation aux provisions	0,0	▪ Reprise des provisions	0,0
▪ Dépenses de personnel / CNSA	10,8		
▪ Excédent	2,1		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>22 818,2</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>22 583,0</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>	<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>253,3</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>22 818,2</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>22 818,2</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>19,6</b>		
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>29,4</b>		

## Budget exécuté 2014 (en millions d'euros) – Conseil du 14 avril 2015

Source : CNSA/DAGF.

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>18 837,0</b>	<b>18 776,4</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>9 327,2</b>	<b>9 293,7</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 272,7	9 231,0
▪ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	29,0	29,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	0,6
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Opérations diverses	24,4	26,2
▪ Excédent	0,0	6,4
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>9 509,8</b>	<b>9 482,7</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 419,4	9 386,1
▪ Financement de 238 MAIA (dont 50 nouvelles en 2014)	57,1	57,1
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	1,0
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	1,0	0,8
▪ Opérations diverses	30,8	37,1
▪ Excédent	0,0	0,0
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 755,3</b>	<b>1 804,5</b>
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 736,5	1 776,5
▪ Solde concours 2013 versés aux départements (APA)	0,0	3,3
▪ Congé de soutien familial	0,1	0,0
▪ Opérations diverses	18,7	24,6
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>632,3</b>	<b>634,2</b>
▪ Concours versés aux départements (PCH)	549,6	547,0
▪ Solde concours 2013 versés aux départements (PCH)	0,0	0,1
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	64,0	64,0
▪ Congé de soutien familial	0,1	0,0
▪ Opérations diverses	18,6	23,1
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>126,4</b>	<b>145,7</b>
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	74,4	63,9
▪ Emplois d'avenir 2014	7,4	7,4
▪ Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile (reliquat 2013)	0,0	0,4
▪ Charges provisionnées	44,0	35,2
▪ Opérations diverses	0,6	0,8
▪ Excédent	0,0	38,1

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>18 837,0</b>	<b>18 776,4</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>9 327,2</b>	<b>9 293,7</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	315,9	315,6
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 973,2	8 976,9
▪ Reprise de provisions	0,0	1,2
▪ Déficit	38,2	0,0
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>9 509,8</b>	<b>9 482,7</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	947,6	946,9
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 517,5	8 517,4
▪ Reprise de provisions	0,0	3,3
▪ Déficit	44,6	15,0
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 755,3</b>	<b>1 804,5</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	486,0	485,6
▪ Solde concours 2013 versés aux départements (APA)	0,0	3,3
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	674,1	688,9
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (80,38 % CASA)	523,8	549,8
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	70,9	70,9
▪ Reprise de provisions	0,0	5,2
▪ Produits financiers	0,5	0,6
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>632,3</b>	<b>634,2</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	631,8	631,3
▪ Solde concours 2013 versés aux départements (PCH)	0,0	0,1
▪ Reprise de provisions	0,0	2,2
▪ Produits financiers	0,5	0,6
▪ Produits exceptionnels	0,0	
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>126,4</b>	<b>145,7</b>
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	35,5	36,3
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (4,24 % CASA)	27,6	29,0
▪ Reprise de provisions	44,0	68,0
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,8
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,6
▪ Déficit	7,4	0,0

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>«Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie»</b>	<b>297,5</b>	<b>257,3</b>
<b>«Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées»</b>	<b>192,2</b>	<b>171,3</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,00	7,6
▪ Charges provisionnées	2,0	2,5
▪ Charges provisionnées - plan Alzheimer - expérimentation	0,0	0,0
▪ PAI 2014 (y compris solde CPER)	73,5	50,4
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2013 »	106,7	110,8
▪ Excédent (logiciel ou droit d'usage GEVA-A)	0,1	0,0
<b>«Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées»</b>	<b>105,2</b>	<b>86,0</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	9,2
▪ Charges provisionnées	2,5	2,3
▪ PAI 2014 (y compris solde CPER)	45,8	20,3
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2013 »	45,7	43,5
<b>«Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement»</b>	<b>100,5</b>	<b>105,2</b>
▪ Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile (2014-2015)	30,0	30,0
▪ PAI 2014 PA	40,0	40,8
▪ PAI 2014 PH	17,0	16,2
▪ Fonds de compensation du handicap (FDC)	3,0	3,0
▪ Aide à l'investissement foyers-logements	10,0	10,0
▪ Opérations diverses	0,5	0,5
▪ Excédent	0,0	4,7
<b>«Section VI Frais de gestion de la Caisse»</b>	<b>18,4</b>	<b>17,0</b>
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	7,7	6,8
▪ Dépenses de personnel / CNSA	9,9	9,5
▪ Excédent	0,8	0,8
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>21 716,4</b>	<b>21 632,1</b>
<b>Excédent</b>	<b>0,0</b>	<b>25,4</b>
<b>Total équilibre du compte de résultat</b>	<b>21 716,4</b>	<b>21 657,5</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>16,9</b>	<b>16,7</b>
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>26,7</b>	<b>46,9</b>

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>297,5</b>	<b>257,3</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>192,2</b>	<b>171,3</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	2,0	2,3
▪ Affectation au PAI 2014 (1 % de CSA)	24,3	24,3
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	106,7	115,0
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,8
▪ Déficit	49,2	19,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>105,2</b>	<b>86,0</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	2,5	2,2
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	1,2	1,2
▪ Affectation au PAI 2014 (1 % de CSA)	24,3	24,3
<b>« Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement »</b>	<b>100,5</b>	<b>105,2</b>
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (15,38 % CASA)	100,2	105,2
▪ Reprise de provisions		0,0
▪ Déficit	0,3	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>18,4</b>	<b>17,0</b>
▪ Contributions des sections I à IV pour frais de caisse / CNSA	18,2	17,0
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,0
▪ Reprise de provisions RH	0,0	0,0
▪ Déficit	0,2	
<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>21 555,9</b>	<b>21 657,5</b>
<b>Déficit</b>	<b>160,5</b>	<b>0,0</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>21 716,4</b>	<b>21 657,5</b>



## Annexe 2 – Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

### Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

Critères régissant la répartition des concours de la CNSA au titre de l'APA			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = [(PAAd/\sum PAAd) \times 50\% + (Dd/\sum Dd) \times 20\%] - (PFd/\sum PFd) \times 25\% + (RSAd/\sum RSAd) \times 5\% \times 2$			
PAAd	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	- 25 %
RSAd	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée par la CNAF et la CCMSA	5 %
Coefficient total			50 % x 2

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

En aucun cas, le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la Caisse (cf. article L. 14-10-6 CASF). Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département.

Critères régissant la répartition des concours de la CNSA au titre de la PCH			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = (PAAAd/\sum PAAAd) \times 60\% + ((PAESd+PAAHd+PPIId) / \sum (PAESd+PAAHd+PPIId)) \times 30\% + (PCd/\sum PCd) \times 30\% - (PFd/\sum PFd) \times 20\%$			
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1 CASF)	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPIId	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PCd	Bénéficiaires PCH + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	- 20 %
Coefficient total			100 %

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation du handicap de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la Caisse (cf. article L. 14-10-7-II CASF). Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense de PCH du département.

Critères MDPH			PONDÉRATION
$Fd = Fx + (PAAAd/\sum PAAAd) \times 120\% - (PFd/\sum PFd) \times 20\%$			
Fx	Dotations Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1 CASF)	120 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	- 20 %
Coefficient total			100 %

Le recueil des dépenses départementales 2014 et des autres critères de répartition étant en cours, la répartition des concours définitifs au financement de l'APA et de la PCH n'a pas encore été effectuée (au 3 mars 2015). Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2014 (concours prévisionnels).

## Détail de la répartition des concours aux conseils départementaux

DÉPARTEMENTS	2014			
	APA		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
01 Ain	11 134 548	10 021 000	4 603 015	4 143 000
02 Aisne	17 305 164	15 575 000	5 363 691	4 827 000
03 Allier	15 875 333	14 288 000	3 435 622	3 092 000
04 Alpes-de-Haute-Provence	5 557 004	5 001 000	1 366 386	1 230 000
05 Hautes-Alpes	4 615 451	4 154 000	1 110 336	999 000
06 Alpes-Maritimes	34 224 119	30 802 000	8 287 866	7 459 000
07 Ardèche	12 983 738	11 685 000	2 727 570	2 455 000
08 Ardennes	9 361 966	8 426 000	2 694 859	2 425 000
09 Ariège	6 906 965	6 216 000	1 366 619	1 230 000
10 Aube	10 002 190	9 002 000	2 446 845	2 202 000
11 Aude	14 934 021	13 441 000	3 838 825	3 455 000
12 Aveyron	14 877 643	13 390 000	2 664 299	2 398 000
13 Bouches-du-Rhône	55 119 021	49 607 000	16 961 886	15 266 000
14 Calvados	20 674 374	18 607 000	5 603 094	5 043 000
15 Cantal	7 895 359	7 106 000	1 348 010	1 213 000
16 Charente	14 668 656	13 202 000	3 513 426	3 162 000
17 Charente-Maritime	24 930 151	22 437 000	5 483 946	4 936 000
18 Cher	12 416 138	11 175 000	3 154 404	2 839 000
19 Corrèze	12 635 200	11 372 000	2 021 582	1 819 000
20a Corse-du-Sud	5 708 947	5 138 000	1 832 600	1 649 000
20b Haute-Corse	6 858 295	6 172 000	2 114 631	1 903 000
21 Côte-d'Or	14 119 254	12 707 000	4 545 179	4 091 000
22 Côtes-d'Armor	24 597 868	22 138 000	5 443 017	4 899 000
23 Creuse	12 841 169	11 557 000	1 232 142	1 109 000
24 Dordogne	19 590 261	17 631 000	3 553 977	3 199 000
25 Doubs	13 873 743	12 486 000	4 544 458	4 090 000
26 Drôme	14 231 383	12 808 000	4 457 408	4 012 000
27 Eure	12 590 935	11 332 000	5 190 841	4 672 000
28 Eure-et-Loir	11 073 585	9 966 000	3 300 363	2 970 000
29 Finistère	31 804 496	28 624 000	8 669 514	7 803 000
30 Gard	24 287 237	21 859 000	6 077 016	5 469 000
31 Haute-Garonne	30 385 693	27 347 000	10 692 473	9 623 000
32 Gers	11 851 306	10 666 000	1 741 278	1 567 000
33 Gironde	41 824 950	37 642 000	13 921 967	12 530 000
34 Hérault	40 248 246	36 223 000	9 364 006	8 428 000
35 Ille-et-Vilaine	25 911 255	23 320 000	8 616 248	7 755 000
36 Indre	10 776 079	9 698 000	2 107 342	1 897 000
37 Indre-et-Loire	17 567 121	15 810 000	4 675 010	4 208 000
38 Isère	25 781 728	23 204 000	10 780 671	9 703 000
39 Jura	8 109 992	7 299 000	2 190 826	1 972 000
40 Landes	14 390 349	12 951 000	2 913 426	2 622 000
41 Loir-et-Cher	12 947 013	11 652 000	2 646 480	2 382 000
42 Loire	25 573 081	23 016 000	7 580 723	6 823 000
43 Haute-Loire	8 429 522	7 587 000	2 240 022	2 016 000
44 Loire-Atlantique	29 477 000	26 529 000	11 290 867	10 162 000
45 Loiret	17 604 928	15 844 000	4 946 690	4 452 000
46 Lot	9 426 128	8 484 000	1 535 252	1 382 000
47 Lot-et-Garonne	15 776 917	14 199 000	3 017 036	2 715 000
48 Lozère	3 314 948	2 983 000	954 541	859 000
49 Maine-et-Loire	22 768 430	20 492 000	7 135 812	6 422 000
50 Manche	18 072 369	16 265 000	4 516 491	4 065 000



			CUMUL SUR NEUF ANS		
MDPH		TOTAL concours prévisionnels	APA	PCH	MDPH
Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)		Total 2006-2014	Total 2006-2014	Total 2006-2014
610 256	580 000	16 347 819	88 404 228	38 980 164	4 499 646
573 496	545 000	23 242 351	138 724 757	48 677 595	4 343 425
415 215	394 000	19 726 170	132 927 316	29 992 287	3 168 205
298 526	284 000	7 221 915	44 301 035	11 568 997	2 236 401
285 580	271 000	6 011 367	35 683 595	10 085 177	2 152 346
814 659	774 000	43 326 644	297 962 432	74 793 000	6 164 905
406 024	386 000	16 117 332	106 895 150	24 120 924	3 042 072
391 372	372 000	12 448 197	77 103 709	24 548 750	2 972 134
298 647	284 000	8 572 231	59 111 350	12 002 031	2 234 262
398 560	379 000	12 847 594	80 550 766	21 721 843	3 040 404
432 211	411 000	19 205 057	126 784 422	32 566 573	3 218 041
374 929	356 000	17 916 870	119 727 334	21 930 240	2 825 981
1 518 153	1 442 000	73 599 061	458 124 700	144 644 418	11 470 774
661 118	628 000	26 938 585	164 726 566	50 248 433	5 014 091
298 863	284 000	9 542 232	67 971 171	12 105 845	2 268 090
430 800	409 000	18 612 882	121 646 092	30 723 941	3 261 562
590 030	561 000	31 004 127	203 647 105	46 005 109	4 447 783
400 329	380 000	15 970 871	101 245 615	27 677 343	3 063 323
354 187	336 000	15 010 969	104 081 475	18 009 931	2 683 413
299 323	284 000	7 840 870	51 000 808	17 421 337	2 206 126
320 410	304 000	9 293 335	53 744 393	16 861 773	2 368 487
558 828	531 000	19 223 261	115 394 445	39 853 347	4 232 847
582 053	553 000	30 622 939	196 085 192	48 188 280	4 359 383
278 766	265 000	14 352 076	113 052 663	10 990 622	2 105 553
464 906	442 000	23 609 144	162 528 710	31 436 912	3 496 720
556 836	529 000	18 975 037	108 316 405	38 947 544	4 205 761
510 964	485 000	19 199 756	114 519 527	36 424 856	3 809 714
606 121	576 000	18 387 897	103 036 675	45 750 800	4 543 908
490 599	466 000	14 864 547	91 503 139	29 690 982	3 705 181
808 157	768 000	41 282 167	269 898 113	73 280 810	6 075 162
675 613	642 000	31 039 865	205 036 358	51 562 943	5 026 113
1 113 772	1 058 000	42 191 938	237 912 704	87 875 660	8 194 226
324 268	308 000	13 916 853	112 590 195	15 085 960	2 424 258
1 223 723	1 163 000	56 970 641	337 265 568	114 401 735	9 084 510
915 313	870 000	50 527 565	321 572 783	78 662 261	6 750 954
902 339	857 000	35 429 842	203 265 597	74 163 420	6 681 131
348 194	331 000	13 231 616	89 869 466	18 740 811	2 645 724
599 387	569 000	22 841 518	142 228 610	40 432 431	4 528 698
1 012 997	962 000	37 575 396	195 437 043	88 915 372	7 542 000
369 787	351 000	10 670 606	68 143 358	19 017 383	2 785 204
448 797	426 000	17 752 572	116 373 691	24 305 443	3 327 149
407 926	388 000	16 001 420	105 554 769	22 772 131	3 099 722
693 605	659 000	33 847 409	208 489 969	67 640 507	5 228 396
344 867	328 000	11 014 410	71 508 350	19 629 200	2 609 980
1 082 713	1 029 000	41 850 580	235 085 273	91 858 363	8 047 985
633 216	602 000	23 184 833	139 815 962	44 589 538	4 808 625
309 646	294 000	11 271 027	75 337 347	13 870 120	2 322 875
415 896	395 000	19 209 848	126 017 553	26 380 858	3 117 913
252 453	240 000	4 521 942	27 739 068	8 112 864	1 901 826
749 110	712 000	30 653 351	181 906 239	57 544 943	5 591 378
515 512	490 000	23 104 371	145 598 038	39 702 957	3 893 432



DÉPARTEMENTS	2014			
	APA		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
51 Marne	13 130 019	11 817 000	5 145 188	4 631 000
52 Haute-Marne	6 741 522	6 067 000	1 943 670	1 749 000
53 Mayenne	10 498 380	9 449 000	2 665 598	2 399 000
54 Meurthe-et-Moselle	21 311 303	19 180 000	6 939 802	6 246 000
55 Meuse	6 340 624	5 707 000	1 619 111	1 457 000
56 Morbihan	25 135 337	22 622 000	6 291 675	5 663 000
57 Moselle	25 476 661	22 929 000	8 980 997	8 083 000
58 Nièvre	10 487 503	9 439 000	2 388 210	2 149 000
59 Nord	62 762 659	56 486 000	24 971 171	22 474 000
60 Oise	13 427 320	12 085 000	7 790 699	7 012 000
61 Orne	12 445 253	11 201 000	2 640 128	2 376 000
62 Pas-de-Calais	47 148 827	42 434 000	13 435 339	12 092 000
63 Puy-de-Dôme	19 659 037	17 693 000	5 343 853	4 809 000
64 Pyrénées-Atlantiques	22 958 055	20 662 000	5 571 910	5 015 000
65 Hautes-Pyrénées	11 742 313	10 568 000	2 176 714	1 959 000
66 Pyrénées-Orientales	19 127 054	17 214 000	4 407 979	3 967 000
67 Bas-Rhin	24 395 698	21 956 000	9 315 197	8 384 000
68 Haut-Rhin	16 837 817	15 154 000	6 222 510	5 600 000
69 Rhône	34 762 562	31 286 000	14 697 277	13 228 000
70 Haute-Saône	7 345 822	6 611 000	1 940 804	1 747 000
71 Saône-et-Loire	22 439 905	20 196 000	5 060 459	4 554 000
72 Sarthe	18 699 824	16 830 000	4 456 697	4 011 000
73 Savoie	8 263 525	7 437 000	3 307 291	2 977 000
74 Haute-Savoie	10 378 656	9 341 000	5 554 368	4 999 000
75 Paris	11 708 012	10 537 000	14 140 586	12 727 000
76 Seine-Maritime	34 563 985	31 108 000	11 266 020	10 139 000
77 Seine-et-Marne	14 500 346	13 050 000	10 384 924	9 346 000
78 Yvelines	12 222 080	11 000 000	9 623 657	8 661 000
79 Deux-Sèvres	14 285 317	12 857 000	3 120 375	2 808 000
80 Somme	18 049 215	16 244 000	5 388 768	4 850 000
81 Tarn	17 624 356	15 862 000	3 649 383	3 284 000
82 Tarn-et-Garonne	9 871 537	8 884 000	2 560 824	2 305 000
83 Var	33 959 443	30 563 000	8 033 682	7 230 000
84 Vaucluse	15 410 900	13 870 000	4 327 998	3 895 000
85 Vendée	19 617 256	17 656 000	5 432 494	4 889 000
86 Vienne	14 295 311	12 866 000	3 518 083	3 166 000
87 Haute-Vienne	15 759 903	14 184 000	3 699 074	3 329 000
88 Vosges	12 156 800	10 941 000	3 116 892	2 805 000
89 Yonne	12 185 378	10 967 000	3 427 561	3 085 000
90 Territoire de Belfort	3 932 851	3 540 000	1 190 774	1 072 000
91 Essonne	13 037 121	11 733 000	8 664 829	7 798 000
92 Hauts-de-Seine	2 829 323	2 546 000	9 092 811	8 184 000
93 Seine-Saint-Denis	22 304 640	20 074 000	12 790 018	11 511 000
94 Val-de-Marne	19 357 286	17 422 000	10 617 510	9 556 000
95 Val-d'Oise	14 121 020	12 709 000	10 037 609	9 034 000
971 Guadeloupe	14 424 267	12 982 000	3 964 131	3 568 000
972 Martinique	15 614 782	14 053 000	3 733 676	3 360 000
973 Guyane	2 375 182	2 138 000	1 468 977	1 322 000
974 Réunion	23 235 294	20 912 000	8 109 909	7 299 000
975 St-Pierre-et-Miquelon	165 808	149 000	10 878	10 000
976 Mayotte	-	-	-	-
977 Saint-Barthélemy	176 039	158 000	70 976	64 000
978 Saint-Martin	613 681	552 000	273 961	247 000
<b>Total</b>	<b>1 747 844 072</b>	<b>1 573 057 000</b>	<b>556 403 614</b>	<b>500 767 000</b>



			CUMUL SUR NEUF ANS		
MDPH		TOTAL concou rs prévisi onnels	APA	PCH	MDPH
Concou rs prévisi onnels actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)		Total 2006-2014	Total 2006-2014	Total 2006-2014
593 952	564 000	18 869 159	108 281 071	46 220 517	4 556 161
322 437	306 000	9 007 628	56 530 871	17 364 837	2 460 270
404 353	384 000	13 568 331	86 469 792	22 414 813	3 039 388
721 373	685 000	28 972 478	174 475 959	58 614 696	5 447 901
335 687	319 000	8 295 422	52 866 376	14 442 787	2 534 461
672 329	639 000	32 099 341	197 258 711	54 506 617	5 046 382
951 446	904 000	35 409 104	196 559 091	78 352 121	7 175 475
336 076	319 000	13 211 788	89 166 401	21 140 140	2 562 890
2 024 710	1 923 000	89 758 539	535 722 872	215 552 108	15 388 471
766 504	728 000	21 984 523	104 538 079	67 040 414	5 792 745
387 251	368 000	15 472 632	101 027 751	23 311 830	2 958 505
1 227 496	1 166 000	61 811 661	400 074 102	118 537 676	9 337 198
633 103	601 000	25 635 993	162 442 967	47 885 968	4 823 614
631 439	600 000	29 161 404	186 416 274	48 633 002	4 713 153
348 904	331 000	14 267 930	94 111 057	20 185 004	2 633 850
480 682	457 000	24 015 715	154 457 019	36 522 965	3 573 888
986 693	937 000	34 697 588	193 277 580	80 931 348	7 442 499
713 970	678 000	23 774 297	126 639 361	54 636 796	5 398 022
1 385 816	1 317 000	50 845 655	274 911 538	122 229 154	10 217 089
362 728	345 000	9 649 354	61 759 383	17 767 554	2 746 112
557 081	529 000	28 057 445	184 967 228	43 725 641	4 233 053
577 889	549 000	23 734 409	150 536 495	39 752 009	4 350 858
461 569	438 000	12 032 385	66 628 458	28 435 401	3 449 404
704 473	669 000	16 637 497	77 805 075	44 323 780	5 140 608
1 662 804	1 580 000	27 511 401	122 537 787	123 468 542	12 232 415
1 022 579	971 000	46 852 585	281 217 119	102 329 059	7 788 203
1 147 043	1 090 000	26 032 313	108 402 936	88 120 845	8 533 296
1 103 672	1 048 000	22 949 409	86 654 151	81 145 198	8 356 424
450 498	428 000	17 856 190	116 356 418	26 764 660	3 371 335
597 735	568 000	24 035 717	147 752 265	49 062 530	4 523 633
448 767	426 000	21 722 505	146 354 460	31 106 740	3 361 371
363 611	345 000	12 795 971	81 886 664	20 862 686	2 688 056
791 491	752 000	42 784 616	278 054 322	68 900 328	5 984 914
550 551	523 000	20 289 450	128 356 659	37 152 002	4 159 635
609 092	579 000	25 658 841	155 501 819	44 667 909	4 537 634
496 549	472 000	18 309 944	116 621 769	31 006 872	3 752 230
449 203	427 000	19 908 180	131 491 252	31 964 755	3 420 771
449 596	427 000	15 723 288	98 590 313	28 093 729	3 436 838
422 005	401 000	16 034 944	101 902 618	31 168 174	3 211 832
299 985	285 000	5 423 610	31 992 897	10 325 645	2 255 075
1 025 381	974 000	22 727 331	93 512 071	75 297 540	7 709 845
1 136 722	1 080 000	13 058 856	33 276 920	79 458 590	8 425 891
1 291 787	1 227 000	36 386 446	183 239 720	109 325 125	9 582 727
1 137 924	1 081 000	31 112 720	160 056 935	92 559 164	8 439 723
1 038 876	987 000	25 197 505	111 465 566	80 822 362	7 793 967
488 235	464 000	18 876 633	165 012 537	36 267 343	3 757 698
484 447	460 000	19 832 905	124 520 660	34 416 132	3 682 280
370 087	352 000	4 214 246	18 643 342	12 015 837	2 665 708
845 040	803 000	32 190 243	241 521 657	68 724 338	6 114 938
38 277	36 000	214 963	892 155	81 468	113 966
321 031	305 000	321 031	-	-	1 249 800
176 039	-	423 054	802 076	268 513	176 039
613 681	-	1 501 323	2 925 219	1 307 470	613 681
<b>64 789 720</b>	<b>60 800 000</b>	<b>2 369 037 405</b>	<b>14 361 912 644</b>	<b>4 793 725 495</b>	<b>479 789 720</b>





## ► Annexe 3 – Analyse de l'actualisation 2014 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC), prévu par l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles, avait initialement pour objectif de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap, tarifées par l'État dans la région.

La poursuite de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et le passage, à partir de 2011 et plus particulièrement de 2012, à un mode d'allocation de ressources en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) ont conduit entre 2010 et 2012 à une profonde évolution de la nature du PRIAC. Aujourd'hui le PRIAC correspond au cadrage financier des enveloppes réservées au développement de l'offre médico-sociale, les besoins régionaux étant quant à eux identifiés dans le SROMS (schéma régional d'organisation médico-sociale).

L'objectif de l'actualisation annuelle des PRIAC par les ARS est d'apporter une lisibilité sur la mise en œuvre du solde des plans de créations de places (plan de Solidarité grand âge et programme pluriannuel handicap), sur cinq ans, à la fois en matière de création de places et en matière de transformation.

L'analyse des montants programmés par les ARS dans les PRIAC (dernier bilan présenté au Conseil de la CNSA de novembre 2014) donne les tendances suivantes.

### 1. Secteur personnes âgées

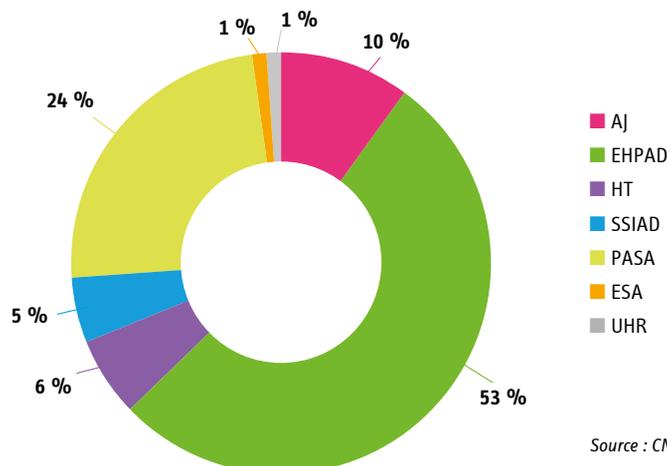
**40 584 places doivent être installées sur la période 2014-2018.** 11 226 places ont été installées en 2014, dont 6 255 places d'EHPAD.

#### ► Nature des places programmées

Plus de la moitié des nouvelles installations concernent les EHPAD (53 % des places) et près d'un quart les PASA (24 % des places).

Les places permettant le maintien au domicile (SSIAD, ESA, AJ et HT) représentent 22 % de l'ensemble de la programmation. La faible part des SSIAD (5 %) s'explique par le nombre important d'installations déjà réalisées ces dernières années à partir des crédits du plan Solidarité grand âge (PSGA) : en effet, 92 % des places notifiées ont d'ores et déjà été installées (cf. *Bilan PSGA et plan Alzheimer au 31/12/2013*).

#### ■ Répartition des places programmées entre 2014-2018

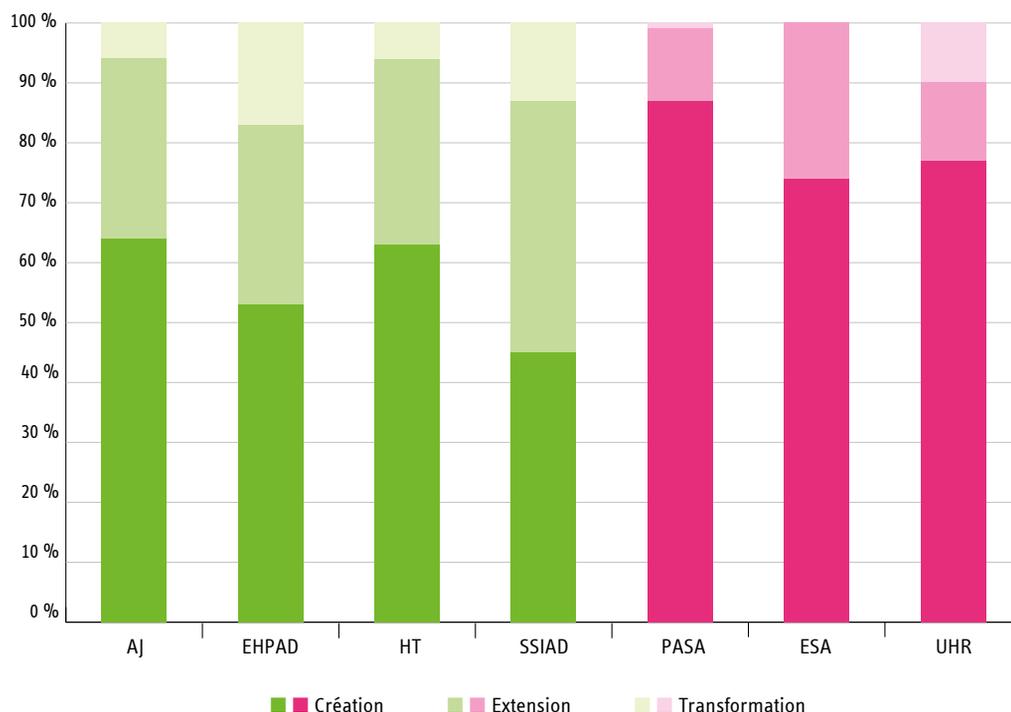


### ► Transformation de l'offre

Entre 2014 et 2018, 63 % des installations concernent des créations *ex nihilo*, 26 % des extensions de structures existantes et 11 % seront issues de transformations (pour un tiers en provenance du secteur sanitaire – très majoritairement en Île-de-France – et pour deux tiers issues de redéploiements au sein du secteur médico-social).

Du fait de leur caractère récent, les places en structures « spécifiques Alzheimer » seront issues pour 86 % de nouvelles créations et pour seulement 12 % d'extensions (pour les ESA cette part est toutefois de 26 %). À l'exception des UHR, les transformations ou redéploiements sont rares.

### ■ Part de chaque nature d'opération parmi les places programmées

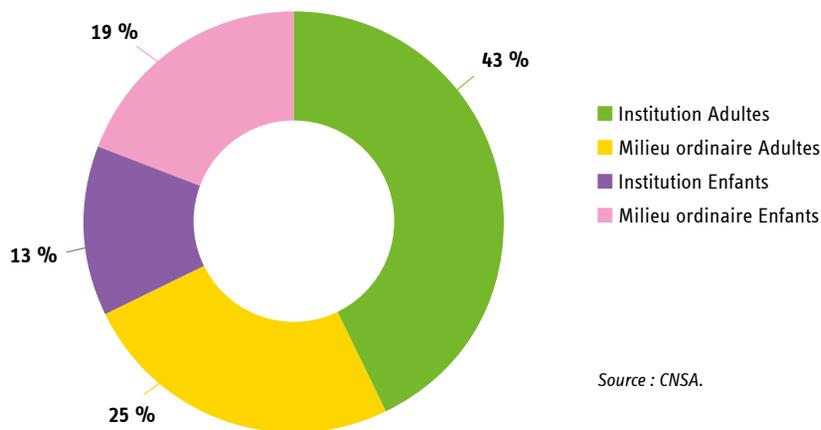


		Création	Extension	Transformation	Total
Mesures PAD	AJ	2 657	1 280	241	4 178
	EHPAD	11 419	6 493	3 649	21 561
	HT	1 492	747	144	2 383
	SSIAD	875	835	266	1 976
	<b>Total PAD</b>	<b>16 443</b>	<b>9 355</b>	<b>4 300</b>	<b>30 098</b>
Mesures spécifiques Alzheimer	PASA	8 332	1 121	143	9 596
	ESA	300	105	0	405
	UHR	375	61	52	488
	<b>Total Alzheimer</b>	<b>9 007</b>	<b>1 287</b>	<b>195</b>	<b>10 489</b>
<b>Total mesures PAD et Alzheimer</b>		<b>25 450</b>	<b>10 642</b>	<b>4 495</b>	<b>40 587</b>

## 2. Secteur personnes handicapées

La programmation concerne très majoritairement le secteur des adultes (environ deux tiers de la programmation dans le secteur du handicap) en raison de la volonté de rééquilibrage entre les publics adultes et enfants exprimée à travers le fléchage des crédits notifiés par la CNSA aux ARS depuis 2011.

## ■ Répartition des places programmées entre 2014-2018



## ► Places pour adultes handicapés

11 173 places pour adultes handicapés sont programmées par les ARS entre 2014 et 2018. 2 140 places ont été installées en 2014.

Comme l'an passé, l'accueil en institution prédomine dans la programmation dans le champ des adultes : la programmation de structures autorisées conjointement avec le conseil départemental (FAM et SAMSAH) représente près des deux tiers des installations prévisionnelles de la période.

## ■ Nombre de places programmées entre 2014 et 2018 par type d'établissement et de service

Catégorie d'ESMS	Année d'installation prévisionnelle					Total	Part de chaque catégorie
	2014	2015	2016	2017	2018		
FAM	1 410	1 466	1 189	92	276	4 433	40 %
SAMSAH	751	1 364	414	311	0	2 840	25 %
MAS	814	643	585	255	19	2 316	21 %
SSIAD	335	393	89	6	0	823	7 %
Accueil temporaire	85	69	47	95	0	296	3 %
Établissement expérimental	70	46	98	14	0	228	2 %
Service expérimental	38	65	0	0	0	103	1 %
Équipe mobile	20	20	20	0	0	60	1 %
CRP/CPO	0	8	43	0	0	51	< 1 %
UEROS	18	5	0	0	0	23	< 1 %
<b>Total</b>	<b>3 541</b>	<b>4 079</b>	<b>2 485</b>	<b>773</b>	<b>295</b>	<b>11 173</b>	<b>100 %</b>

## ► Places pour enfants handicapés

5 276 places pour enfants handicapés sont programmées par les ARS entre 2014 et 2018 (hors CAMSP/CMPP, non comptabilisés en places, puisque ces structures fonctionnent en file active - ils représentent 19,6 M€ programmés sur la période). 2 064 places ont été installées en 2014 et 5,4 M€ tarifées pour la création des CAMSP/CMPP.

L'accompagnement en milieu ordinaire constitue la majorité des places programmées. En effet, plus de la moitié des places programmées sont en SESSAD et un quart en IME. Les ITEP représentent 10 % de la programmation et les structures expérimentales 8 %.

Bien que majoritaire, la part des installations de SESSAD sera moins importante qu'auparavant car beaucoup de services ont déjà été installés entre 2008 et 2013 (cf. bilan du programme pluriannuel de création de places dans le champ du handicap au 31/12/2013).

### ■ Nombre de places programmées entre 2014 et 2018 par type d'établissement et de service

Catégorie d'ESMS	Année d'installation prévisionnelle					Total	Part de chaque catégorie
	2014	2015	2016	2017	2018		
SESSAD	1 371	762	348	227	19	<b>2 727</b>	<b>52 %</b>
IME	561	490	136	145	0	<b>1 332</b>	<b>25 %</b>
Itep	276	103	104	38	0	<b>521</b>	<b>10 %</b>
Service expérimental	123	43	72	0	0	<b>238</b>	<b>5 %</b>
Établissement expérimental	67	75	37	0	0	<b>179</b>	<b>3 %</b>
IEM	95	15	0	0	0	<b>110</b>	<b>2 %</b>
Établissement polyhandicap	31	25	10	0	0	<b>66</b>	<b>1 %</b>
Accueil temporaire	19	16	8	16	0	<b>59</b>	<b>1 %</b>
Équipe mobile	1	19	1	0	0	<b>21</b>	<b>&lt; 1 %</b>
CAFS	10	0	0	0	0	<b>10</b>	<b>&lt; 1 %</b>
Institut d'éducation sensorielle	8	0	0	0	0	<b>8</b>	<b>&lt; 1 %</b>
Jardin d'enfants spécialisé	5	0	0	0	0	<b>5</b>	<b>&lt; 1 %</b>
<b>Total</b>	<b>2 567</b>	<b>1 548</b>	<b>716</b>	<b>426</b>	<b>19</b>	<b>5 276</b>	<b>100 %</b>

### ► Programmation 2014/2018 par catégorie de déficience (adulte/enfant)

Plus d'un quart de la programmation à l'horizon 2018 est destinée à l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme et cette proportion est encore plus forte pour les enfants (37 %). Les places en faveur des personnes atteintes d'autisme représentent une part deux fois plus importante dans la programmation 2014-2018 que parmi l'ensemble des places installées entre 2008 et 2013.

Outre l'autisme, les places dédiées aux déficiences psychiques (22 % de la programmation des adultes) et à l'accompagnement des troubles du comportement (20 % des places pour les enfants) sont particulièrement représentées et dans les mêmes proportions que les années précédentes.

Pour les adultes, près d'une place sur cinq est destinée à l'accompagnement de toutes les déficiences, et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes représente 1 352 places, soit 12 % de la programmation adulte.

Pour les enfants, après l'autisme et les troubles du comportement, la programmation s'oriente vers les places dédiées aux personnes avec déficience intellectuelle, qui sont toutefois en recul par rapport aux réalisations des années précédentes.

### ■ Nombre de places programmées entre 2014 et 2018 pour chaque catégorie de public/déficience

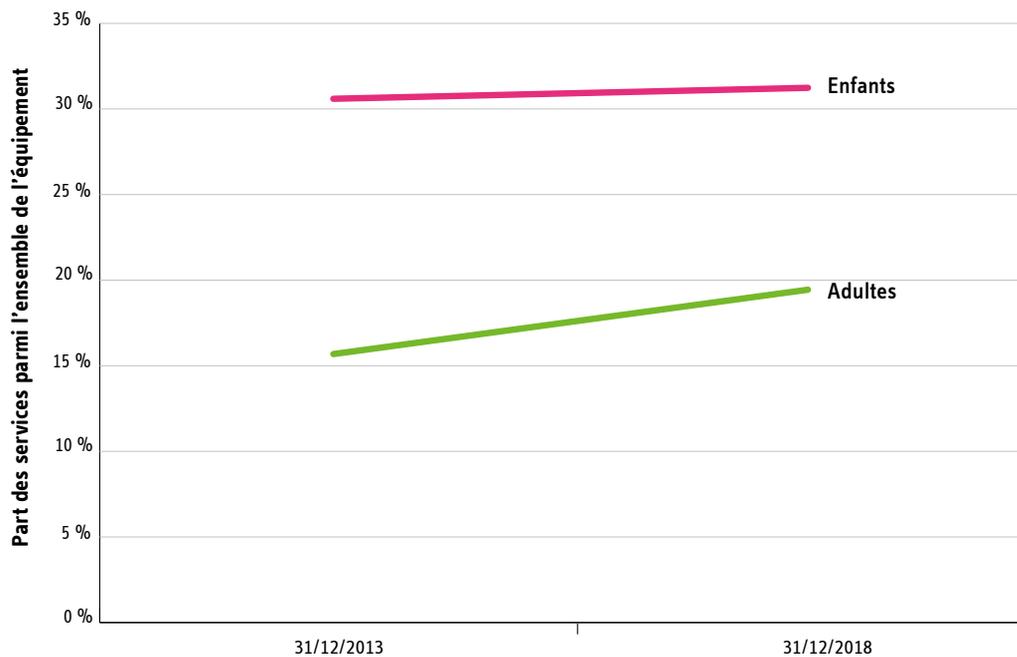
Catégorie de public / déficience	Adultes	Enfants	Total général	Part de chaque catégorie
Autisme - TED	2 345	1 958	<b>4 303</b>	<b>26 %</b>
Toutes déficiences	2 168	387	<b>2 255</b>	<b>16 %</b>
Déficience psychique	2 495	0	<b>2 495</b>	<b>15 %</b>
Personnes handicapées vieillissantes	1 352	0	<b>1 352</b>	<b>8 %</b>
Déficience intellectuelle	327	935	<b>1 262</b>	<b>8 %</b>
Polyhandicap	868	377	<b>1 245</b>	<b>8 %</b>
Trouble de la personnalité - TCC	0	1 039	<b>1 039</b>	<b>6 %</b>
Cérébro-lésés - trauma. crâniens - AVC	599	0	<b>599</b>	<b>4 %</b>
Déficience motrice	416	164	<b>580</b>	<b>4 %</b>
Déficience non précisée	218	33	<b>251</b>	<b>2 %</b>
Troubles neurologiques - épileptie	173	30	<b>203</b>	<b>1 %</b>
Troubles du langage et des apprentissages	0	189	<b>189</b>	<b>1 %</b>
Déficiences sensorielles	32	107	<b>139</b>	<b>1 %</b>
Handicap rare	80	57	<b>137</b>	<b>1 %</b>
Personnes lourdement handicapées	100	0	<b>100</b>	<b>1 %</b>
<b>Total</b>	<b>11 173</b>	<b>5 276</b>	<b>16 449</b>	<b>100 %</b>

## ► Part des services dans la programmation

Au 31 décembre 2013, l'accompagnement en milieu ordinaire représente 30,6 % des places installées pour les enfants et 16,9 % pour les adultes.

Les programmations régionales auront peu d'impact sur ces proportions dans le secteur de l'enfance (+ 3 %, soit 31,5 % de services en 2018). En revanche, elles permettront d'augmenter de 14 % la part du milieu ordinaire dans le secteur des adultes (soit 19,2 %).

## ■ Évolution prévisionnelle de la part des services entre 2013 et 2018



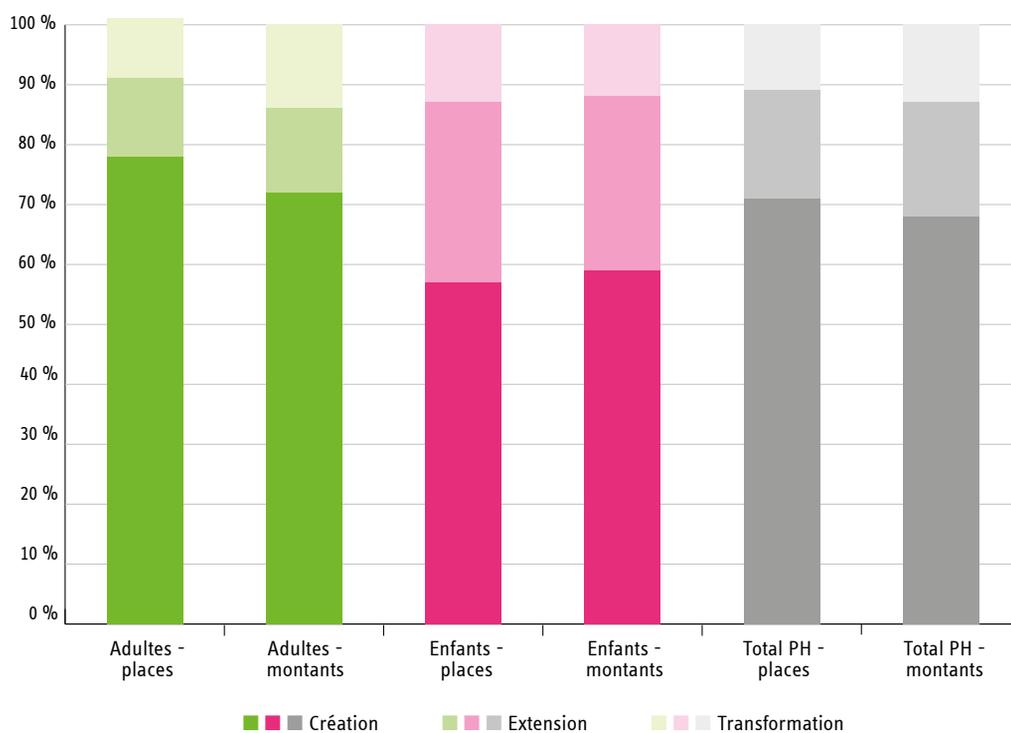
Au niveau local, les disparités d'offres régionales seront réduites grâce aux créations de places programmées. Malgré une réduction importante des écarts interrégionaux dans le secteur des adultes, elles resteront toutefois plus élevées que dans le secteur de l'enfance, dont la situation initiale (31 décembre 2013) était beaucoup plus homogène.

## ► Transformation de l'offre

11 % des places programmées proviennent d'opérations de transformation. 52 % des transformations relèvent d'opérations de redéploiement au sein du secteur médico-social, 41 % de transfert de crédits sanitaires et 8 % du processus de médicalisation.

La part des places requalifiées ou transformées est un peu plus importante dans le secteur de l'enfance que dans celui des adultes (13 % des places contre 10 % pour les adultes).

### ■ Part de chaque nature d'opération parmi les places et les montants programmés



Pour les enfants, sur la période 2014-2018, il s'agit plutôt de requalifications de places au sein des établissements que de transformations au profit des SESSAD, ce qui marque un changement important par rapport à la période précédente (cf. *Bilan des plans au 31 décembre 2013*). La part des transformations/requalifications est importante en 2014 mais elle diminue très fortement les années suivantes.

Pour les adultes, la part des transformations/requalifications est relativement stable sur la période 2014-2018 et est proche du niveau des années précédentes. Il s'agit principalement d'opérations de transfert du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, à l'exception des FAM (issus de la médicalisation des foyers de vie).

## ► Annexe 4 – Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

### Bilan de l'exécution 2014

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social, au travers du plan d'aide à l'investissement (PAI) et du contrat de projet État-région (CPER), contribue au développement et à la modernisation d'une offre de services architecturalement adaptée et répondant à la diversité des besoins. Cette action de la CNSA est mise en œuvre dans un souci de préservation de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées en particulier (maîtrise du reste à charge) et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Les aides de la CNSA ont ainsi une importance particulière pour soutenir le développement et la modernisation du parc immobilier médico-social.

En effet, au-delà des volumes financiers attachés aux plans d'aide à l'investissement (près de 1,8 milliard d'euros notifiés entre 2006 et 2013), ce dispositif vise à limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient payés par l'assurance maladie (secteur « handicap ») ou par l'utilisateur (secteur « personnes âgées »). En plus de se substituer en partie à l'emprunt, diminuant ainsi l'impact des frais financiers sur les tarifs, la « transférabilité » des subventions accordées permet également de réduire le poids de l'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt tout particulièrement à la modernisation des structures existantes, enjeu important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980, pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît.

La contribution de la CNSA au financement de l'investissement des établissements et services médico-sociaux constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008<sup>1</sup>. Financé jusqu'en 2010 par affectation au PAI des réserves consécutives à la constatation de résultats excédentaires, le PAI peut également mobiliser *ab initio* une fraction du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA) au financement de l'investissement (4 % en 2011, 2 % en 2012, 2013 et 2014).

## 1. Bilan de l'exécution du PAI 2014

### ► Les crédits PAI

Les critères d'éligibilité des ESMS au PAI sont posés par la loi ; ils sont demeurés inchangés en 2014 :

- Périmètre : les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées (article L. 614-3-1 du CASF) en fonctionnement et relevant du périmètre de financement de la CNSA ;
- Nature : les opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux en fonctionnement, ainsi que la création de places nouvelles pour les capacités habilitées à l'aide sociale.

Ces critères ont été déclinés et précisés dans l'arrêté du 24 juin 2014. Celui-ci a notamment maintenu à titre expérimental l'éligibilité aux opérations réalisées en vente en l'état futur d'achèvement (VEFA).

Le PAI 2014, d'un volume de 127 M€, a été entièrement délégué aux ARS. La répartition entre secteurs s'est traduite de la façon suivante :

- 81,9 M€ pour le secteur « personnes âgées » ;
- 32,4 M€ pour le secteur « personnes handicapées » ;
- 12,7 M€ réservés nationalement conformément aux critères approuvés par le Conseil et notifiés sur décision ministérielle.

Les axes de mise en œuvre ont été précisés aux ARS au travers de l'instruction technique du 10 juin 2014, qui a orienté l'emploi des crédits vers le financement d'opérations portant sur la restructuration, l'extension et la création de places.

1. Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10° de l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Dans le secteur du handicap, la priorité aux opérations de création pour les établissements accueillant des personnes adultes a également été maintenue, avec une orientation forte vers les projets visant à adapter les modalités d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes avec autisme. Il est à noter que les ARS ont largement fait remonter l'existence d'un besoin important de modernisation dans le secteur de l'enfance, à l'appui notamment d'opérations de restructuration de l'offre, et ont donc financé des opérations portant sur l'accueil d'enfants handicapés (IME, ITEP).

Le PAI a été engagé par les ARS à hauteur de 126,23 M€. Ce montant a été notifié par les ARS comme suit :

- 90,44 M€ pour 123 opérations dans le secteur PA ;
- 35,79 M€ pour 59 opérations dans le secteur PH.

Il semble que la déconcentration de la gestion du PAI aux ARS en 2014 permette une accélération notable du processus de consommation du PAI de cet exercice en raison d'un engagement plus rapide des crédits. Dans le dispositif antérieur, les conventions afférentes au PAI d'un exercice N étaient instruites dans l'immense majorité des cas en N+1 (ex. : PAI 2013 : 1 % conventions signées au 1<sup>er</sup> trimestre 2014 ; PAI 2012 : 7 % conventions signées au 1<sup>er</sup> trimestre 2013). Sur ce point, la déconcentration du PAI conduit à un conventionnement beaucoup plus rapide : au vu des données d'engagement renseignées par les ARS dans l'application GALIS (SI mis en place à la faveur de la déconcentration du PAI pour permettre la continuité du suivi de la mise en œuvre du PAI), 14 % des conventions de financement de 2014 sont d'ores et déjà signées. Cela permet une accélération du circuit de mise en paiement des subventions aux ESMS par les ARS (accélération s'expliquant principalement par la suppression de la remontée des dossiers à la CNSA par les ARS pour validation).

### ► Les crédits CPER

Sur la base des engagements pris par l'État dans le cadre du CPER 2007-2013, la CNSA avait provisionné un montant de 165 M€ au titre de la reprise des engagements de l'État pour la période 2009-2013.

L'exercice 2014 a permis de solder cette provision : cette dernière année de financement a ainsi vu la notification d'un montant de 14,17 M€ pour 18 opérations :

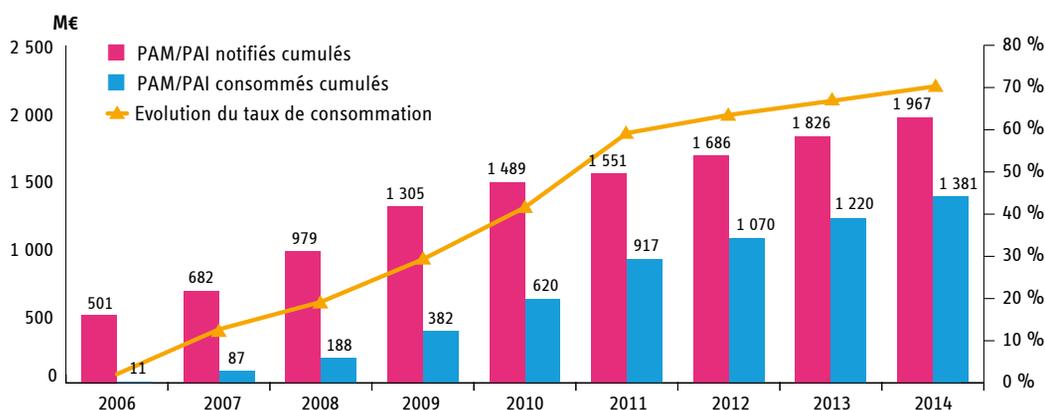
- 7,67 M€ dans le secteur PA pour 12 opérations ;
- 6,50 M€ dans le secteur PH pour 6 opérations.

Au 31 décembre 2014, 165 M€ ont ainsi été consommés intégralement sur le CPER de 2009 à 2014.

En comptabilisant les crédits CPER, les crédits du PAI 2014 ont permis de financer 1,166 Md€ de travaux, soit un effet levier de 1 à 8.

## 2. Consommation des PAM/PAI depuis 2006

### ■ Évolution de la consommation des plans d'investissement entre 2006 et 2014





## Annexe 5 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2013

Chaque année, la synthèse des rapports d'activité des MDPH permet de mettre en lumière l'évolution de leur activité, notamment les réponses apportées aux demandes des personnes handicapées, les projets qu'elles mènent et les défis qu'elles cherchent à relever.

Cette synthèse s'appuie sur la remontée d'informations sur les comptes administratifs et les effectifs des MDPH, sur l'enquête statistique sur leur activité ainsi que sur les rapports d'activité élaborés et transmis par chacune d'entre elles. Cette année, 97 MDPH ont transmis leurs rapports d'activité dans des délais permettant leur analyse, et autant ont répondu à l'enquête statistique sur leur activité. En revanche, les données relatives à la situation financière et aux effectifs des MDPH ne peuvent, pour 2013, être exploitées que pour –respectivement– 78 et 59 MDPH. En effet, les limites constatées l'année dernière en matière d'homogénéité des données ont conduit à l'évolution de l'outil de collecte, ce qui a rendu plus complexe la démarche, tant pour les MDPH que pour la CNSA.

Pour autant, la synthèse de l'ensemble de ces éléments permet de dresser un panorama assez complet de la réalité du dispositif, d'autant plus que, cette année, d'autres études viennent éclairer le fonctionnement et l'activité des MDPH : les deux enquêtes annuelles sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH) d'une part et sur la prestation de compensation du handicap (PCH) d'autre part, le bilan de l'appropriation du GEVA, l'audit des systèmes d'information des MDPH, ainsi que l'étude sur les pratiques d'évaluation dans les MDPH réalisée à la demande du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2014.

### UN CONTEXTE DE CROISSANCE CONTINUE DES DEMANDES QUI MET EN TENSION LES ORGANISATIONS

#### ► La progression de l'activité est plus importante qu'en 2012...

##### Un million et demi de demandes en 2013

En 2013, 1,5 million de personnes ont déposé au moins une demande dans les MDPH (contre 1,4 million en 2012), qui ont reçu 3,7 millions de demandes à instruire (contre 3,4 millions en 2012). Le nombre de demandes a crû de 8,2 % entre 2012 et 2013, et le nombre de personnes qui ont déposé un formulaire en 2013 a augmenté de 7,0 %. Si le taux de demandes varie fortement selon les départements (il oscille entre 26 et 84 demandes pour 1 000 habitants), la quasi-totalité des MDPH (92 %) l'ont vu progresser entre 2012 et 2013.

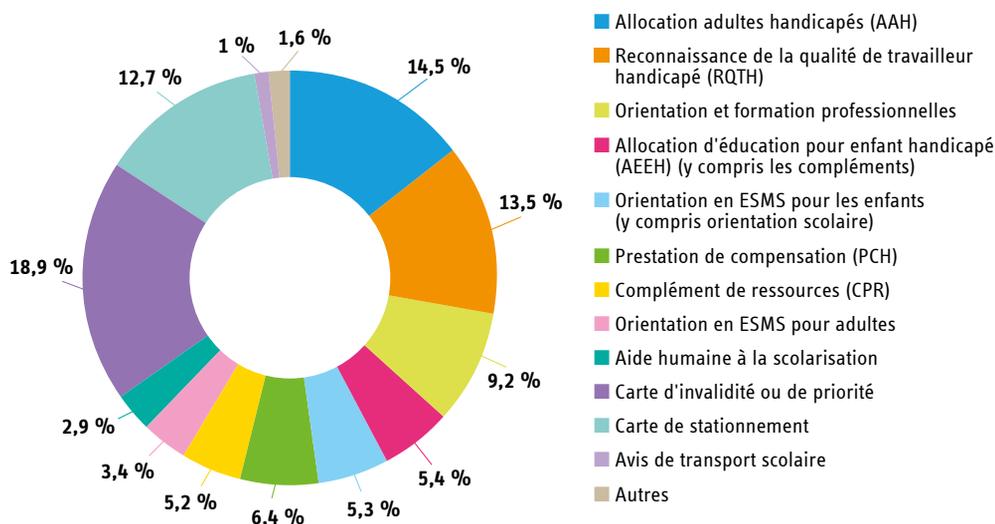
La baisse de la part des « premières demandes » observée en 2012 se confirme, notamment dans le champ des droits et des prestations pour adultes (autrement dit, les renouvellements pèsent de plus en plus lourd dans l'activité des MDPH). En revanche, pour les demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), une forte progression du taux des premières demandes (43 % en 2012 contre 49 % en 2013) est observée. Cette progression des demandes dans le champ de l'enfance reflète l'aspiration croissante des familles à la scolarisation en milieu ordinaire. L'évolution dynamique des demandes d'AVS peut aussi mettre en évidence l'insuffisante compréhension de ce dispositif par les parents et professionnels, ou une orientation vers le milieu ordinaire par défaut en raison de l'absence de solutions d'accueil en milieu adapté, notamment en établissement, sur certains territoires.

Les volumes d'activité relevant du champ de l'enfance progressent au même titre que l'activité des MDPH, et leur proportion reste stable (une demande sur cinq adressée aux MDPH concerne un enfant). La répartition des demandes reste stable par rapport à 2012, pour les adultes comme pour les enfants.

Près de quatre demandes sur dix déposées dans les MDPH concernent l'emploi (37,2 %). La progression de l'activité dans les domaines de l'emploi et de l'AAH est largement abordée dans les rapports d'activité. Les MDPH évoquent le contexte économique, qui inciterait les usagers adultes à solliciter les dispositifs du champ du handicap ainsi que les réformes de l'AAH et des retraites.

Les demandes de cartes représentent près du tiers des demandes déposées (31,6 %). Près de 35 % de ces demandes concernent des personnes âgées de 60 ans et plus. La part des demandeurs âgés est également notable en ce qui concerne la PCH (18,5 % des demandeurs ont plus de 60 ans).

### ■ Répartition de l'ensemble des demandes déposées en 2013 (échantillon : 65 MDPH)



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Concernant la sollicitation de l'accueil physique et téléphonique des MDPH, les tendances sont plus contrastées. Certains territoires sont caractérisés par une stabilisation, voire une baisse du nombre de personnes accueillies. Cependant, les MDPH semblent être plus nombreuses à observer la poursuite de l'augmentation de l'activité de l'accueil.

Une baisse des taux d'accord (d'ampleur variable selon la nature des demandes) est globalement observée, à l'exception des cartes d'invalidité ou de priorité, de l'AAH et des demandes d'orientation professionnelles et en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), dont le taux d'accord progresse.

### Focus sur la PCH

Les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) ont fortement augmenté jusqu'en 2010. Depuis, leur progression s'est ralentie. En 2013, les demandes de prestation de compensation augmentent de 6 % par rapport à 2012, ce qui représente un volume de 236 300 demandes de PCH déposées auprès des MDPH. Rapporté à la population départementale de moins de 59 ans, le taux de demandes s'échelonne entre 299 et 1 128 demandes pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans par département.

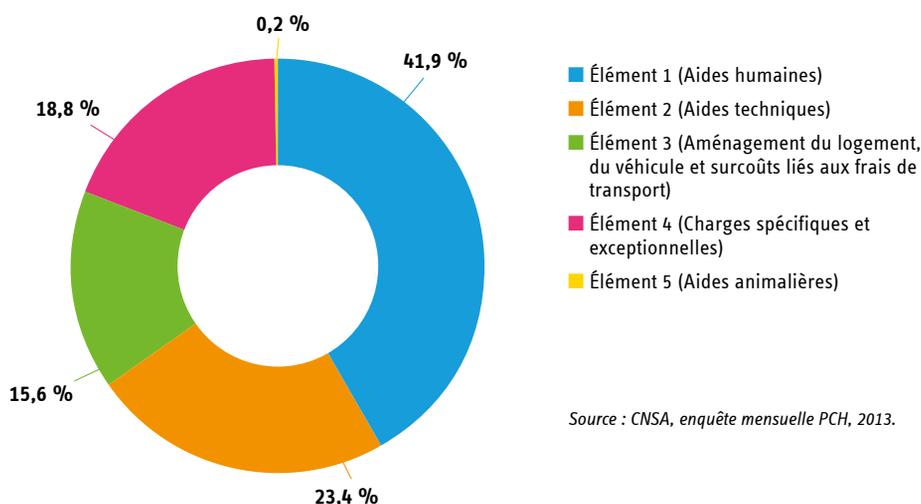
En 2013, la PCH représente 7 % des demandes déposées auprès des MDPH et 7 % des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (une part stable depuis 2010), alors que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) représente seulement 0,4 %.

En 2013, les CDAPH, instances décisionnaires des MDPH, ont pris environ 226 000 décisions de PCH, dont environ 112 000 accords (dont 10 % concernent des enfants). Le taux d'accord tend à s'égaliser entre la PCH adultes et la PCH enfants et poursuit sa diminution (de 52 % en 2012 à 46,5 % en 2013)<sup>2</sup>.

La répartition des éléments accordés au titre de la prestation reste stable, l'aide humaine en représentant 42 %. Le graphique ci-dessous fournit une photographie de la répartition des différents éléments de compensation attribués par la CDAPH pour répondre aux besoins des personnes ; certains éléments – comme l'aide humaine – sont attribués mensuellement et d'autres ponctuellement.

2. En 2013, les taux d'accord varient entre 27 % et 79 % selon les départements. Les pratiques départementales (orientation des demandes, cellules de préévaluation, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes (premières demandes, renouvellements) ont probablement un impact sur les résultats des décisions prises en CDAPH.

### ■ Répartition des éléments de la PCH en volume



### ► ... alors que les moyens humains se stabilisent...

On observe cependant une stabilisation des moyens humains dont disposent les MDPH malgré la tendance confirmée de la hausse de leur activité. En effet, l'analyse des maquettes budgétaires des MDPH met en évidence une faible évolution des moyens humains à disposition des MDPH : le nombre d'équivalents temps plein (ETP) à disposition des MDPH a progressé de 1,18 % depuis 2012.

Par ailleurs, ce constat global cache des disparités non négligeables entre départements. Sur les 57 MDPH de l'échantillon, 22 ont vu leurs effectifs diminuer et 35 ont connu une augmentation. Pour autant, la progression du nombre d'ETP dans certaines MDPH peut être due à des opérations ponctuelles évoquées dans les rapports d'activité, telles que le codage des déficiences, la numérisation des dossiers ou la résorption du stock. Ces opérations donnent souvent lieu à des renforts temporaires qui ne servent pas à absorber l'activité habituelle des MDPH. Même si ces opérations ponctuelles ne sont pas le seul facteur explicatif, en 2013, 20 % des effectifs des MDPH correspondent à des postes non pérennes, contrats à durée déterminée, vacations ou contrats aidés.

L'observation de la structure du personnel des MDPH permet d'éclairer la complexité de gestion des groupements d'intérêt public (GIP). En effet, 85 % des effectifs sont dédiés aux trois missions-clés des MDPH, à savoir l'accueil (10 %), l'instruction (38 %) et l'évaluation (37 %). Cela laisse peu de marge aux missions de pilotage (de 7 % à 10 %), ainsi qu'aux fonctions support (5 %), souvent utiles pour la gestion de la MDPH au quotidien et la conduite des nombreux projets qu'elle engage. À noter toutefois que ces fonctions sont aussi celles qui font le plus l'objet de mutualisation avec les conseils départementaux.

La composition des équipes est encore aujourd'hui le reflet des organisations territoriales préalables à la création des MDPH.

Les agents des MDPH relèvent pour la moitié d'entre eux de la catégorie C, avec un enjeu majeur de montée en compétence et de professionnalisation compte tenu de la complexité du dispositif et des applications métiers dans un contexte de professionnalisation accrue de l'ensemble des fonctions des MDPH.

Enfin, compte tenu du *turn-over* et de l'absence de personnels en poste, l'écart entre les ETP théoriques et les ETP réellement travaillés (ETPT) en 2013 pouvait atteindre 20 %.

### ► ... et que la contrainte budgétaire s'accroît

Les difficultés rencontrées lors de l'exploitation des données de 2013 en matière de consolidation des apports des financeurs en nature (par exemple mise à disposition de locaux) et des volumes d'externalisation ne permettent pas une approche véritablement consolidée des comptes des MDPH par la CNSA cette année<sup>3</sup>.

Cependant, les rapports d'activité sont parfois alarmants quant à la situation financière du GIP, notamment sur la section de fonctionnement.

Si la plupart des MDPH continuent à afficher des budgets excédentaires, elles sont nombreuses à constater la dégradation de leurs comptes.

Notons que la majeure partie de ces témoignages évoquent les reports d'excédents des années précédentes, qui permettent en 2013 de compenser les déséquilibres budgétaires. Cela appelle une vigilance particulière pour les exercices suivants dans la mesure où l'épuisement des excédents risque de contraindre certains GIP à réduire leurs dépenses et donc leurs moyens humains.

3. Pour l'ensemble des graphiques ci-dessous, sont uniquement pris en compte les flux financiers enregistrés dans les comptes 74 « Dotations et participations » (après déduction des sommes liées au fonds de compensation).

## OPTIMISATION DES MODES DE FONCTIONNEMENT ET DYNAMIQUE PARTENARIALE

Dans ce contexte d'activité croissante à moyens presque constants, les MDPH cherchent naturellement à optimiser leurs modes de fonctionnement tout en préservant le niveau de qualité de service pour les usagers.

### ► Optimisation du fonctionnement des MDPH : le levier des systèmes d'information

Les outils informatiques occupent une place centrale pour permettre aux MDPH de délivrer efficacement leurs services. Toujours en évolution, ces outils demeurent largement perfectibles, ce qu'évoquent de nombreuses MDPH dans leurs rapports d'activité. Notons en particulier que certaines tâches continuent à être traitées manuellement.

L'audit du système d'information (SI) des MDPH, conduit au second semestre 2013, a permis de mettre en exergue un certain nombre de difficultés rencontrées par les MDPH dans la maintenance et l'évolution de leur SI, notamment :

- l'insuffisance des ressources humaines et financières, en particulier les compétences techniques et métiers ;
- la difficulté à définir des priorités, compte tenu de nombreux projets réglementaires et relatifs au SI, impulsés au niveau national ;
- la situation de dépendance vis-à-vis des éditeurs, dont la feuille de route est peu connue.

À l'issue de l'audit, le constat est partagé quant au besoin d'un pilotage renforcé de l'évolution du SI des MDPH. Celui-ci doit s'appuyer *minima* sur :

- le renforcement de la gouvernance du SI ;
- le développement du partage de pratiques entre MDPH ;
- la définition d'un cadre normatif du tronc commun pour le SI des MDPH, quel que soit le logiciel choisi ;
- le renforcement du rôle de la CNSA dans la relation avec les éditeurs.

Il s'agit de prérequis pour mettre en place un des deux scénarios susceptibles de faire évoluer la situation de manière pertinente (un SI unifié, ou un SI harmonisé, pistes qu'une étude de faisabilité conduite début 2015 a vocation à analyser en détail).

Malgré les difficultés constatées, les MDPH font évoluer en permanence leurs systèmes d'informations pour répondre au mieux aux objectifs d'efficacité de fonctionnement en interne, pour être en capacité de répondre aux demandes d'informations de la CNSA et/ou des acteurs locaux ou pour faciliter le parcours de l'utilisateur. L'automatisation des tableaux de bord et des indicateurs de pilotage d'activité ainsi que la gestion électronique des documents (GED) sont les deux axes de travail les plus investis par les MDPH. Quatre autres chantiers prennent également de l'importance :

- la mise à disposition automatisée des données au niveau national (dans le cadre du SIPAPH) ;
- l'informatisation du processus de l'évaluation en lien avec le Guide d'évaluation des besoins de compensations de la personne handicapée (GEVA) ;
- les échanges avec les ESMS avec l'enjeu crucial du suivi des orientations ;
- enfin, la mise en place de portails permettant aux usagers de suivre en ligne l'état d'avancement de leurs dossiers.

Ces trois derniers chantiers représentent potentiellement une forte plus-value pour les usagers et sont le reflet de la volonté des MDPH de renforcer non seulement l'efficacité de leur fonctionnement, mais également la qualité du service rendu.

### ► Optimisation du fonctionnement des MDPH : le levier organisationnel

Malgré les contraintes évoquées ci-dessus, les MDPH cherchent à poursuivre la maîtrise des délais de traitement et à réduire ainsi l'impact du contexte défavorable sur les usagers. Ainsi, les délais de traitement des demandes des adultes sont restés stables à près de quatre mois et demi en 2013, comme en 2012, et les délais moyens de traitement des demandes des enfants ont augmenté de quatre jours et s'établissent en moyenne à trois mois et une semaine.

Cependant, le fait que près de 50 % des MDPH aient connu une progression des délais dans le champ de l'enfance et/ou des adultes alors que cette proportion était de 42 % en 2012 témoigne du défi que représente la croissance de l'activité pour les MDPH.

En réponse à ce défi, elles poursuivent leurs démarches de réorganisation à la recherche d'un traitement plus efficace des flux de demandes. Dans la continuité de ce qui a pu être observé et mis en valeur dans les rapports des années précédentes, plusieurs axes de travail prioritaires apparaissent à la lecture des rapports d'activité et de l'étude du HCSP en ce qui concerne l'optimisation du fonctionnement des MDPH :

- Poursuite du renforcement de l'accueil : outre sa valeur propre sur le plan de la qualité de service rendu à l'utilisateur, l'accueil joue un rôle dans la régulation du flux des demandes et la facilitation du travail d'instruction et d'évaluation grâce au rôle de conseil au moment de la constitution des dossiers de demande. Sa structuration en tant que véritable service se poursuit, avec une organisation autour de deux niveaux d'accueil – premier niveau plutôt généraliste et deuxième niveau plus approfondi –, même si les définitions précises sont variables d'une MDPH à l'autre. L'accueil s'appuie de plus en plus sur des agents polyvalents pouvant répondre aux différentes formes de sollicitation sur l'ensemble du périmètre des compétences des MDPH. Certaines MDPH vont jusqu'à la polyvalence des agents sur l'accueil et l'instruction. Cela pose bien l'enjeu d'un équilibre entre la professionnalisation et la structuration de ce service et de son inscription transversale dans le fonctionnement de la MDPH. La formation des professionnels d'accueil fait l'objet d'un effort particulier des MDPH. L'accessibilité de l'accueil, enfin, est renforcée à travers l'élargissement des plages horaires, le développement des relais territoriaux, etc.
- Montée en compétence de l'instruction : Les agents instructeurs (professionnels responsables de la gestion administrative des dossiers) développent, dans certaines MDPH, une polyvalence de compétences qui leur permet d'être flexibles face à la fluctuation des flux de demandes. De plus, les instructeurs peuvent également se voir confier la préparation de l'évaluation à travers le recueil des pièces complémentaires, voire la vérification de l'éligibilité sur les critères administratifs tels que l'âge. Ce rôle demeure peu affirmé dans les rapports d'activité, mais il commence à être souligné. Enfin, les agents administratifs sont identifiés dans certaines MDPH comme de véritables référents pour les usagers, intervenant dans l'ensemble du processus du traitement de la demande dès son dépôt et jusqu'à la gestion des notifications.
- La structuration de l'évaluation pour optimiser ce processus : les organisations des MDPH distinguent de plus en plus les circuits de l'évaluation et les équipes pluridisciplinaires en fonction de l'âge du demandeur ou de la dominante du projet de vie. Cela n'est pas antinomique avec une approche globale des besoins des personnes, dès lors qu'au sein de chaque circuit la demande peut être appréciée de manière globale. Une autre tendance forte en matière de circuits de traitement, qui se confirme au regard des années précédentes, est celle de la mise en place d'un temps d'évaluation initiale des dossiers, parfois appelé phase de tri ou d'évaluation de premier niveau. L'étude du HCSP confirme en effet que ce type de mécanisme a été mis en place dans trois MDPH sur quatre parmi celles qui ont répondu à l'enquête, et suggère que cette organisation semble opportune dans la mesure où « les croisements effectués font apparaître que les délais de traitement des demandes (enfants et adultes) sont plus faibles au sein des MDPH qui ont mis en place un pré-tri (2,91 mois contre 3,32 mois pour les demandes enfants et 4,35 mois contre 4,42 mois pour les demandes adultes) ».

En complémentarité avec le déploiement d'outils GEVA-compatibles et d'outils d'élaboration des réponses, la formation (sur les sujets posant le plus de difficultés, notamment l'autisme, les troubles du langage et des apprentissages ou le handicap psychique) et l'encadrement technique renforcé des équipes (séances d'échange de pratiques, formalisation de procédures, etc.) contribuent à l'harmonisation des pratiques et au renforcement qualitatif de l'évaluation.

- Maintien de la dynamique de professionnalisation des CDAPH, d'autant plus importante que de nombreux membres de CDAPH ont été renouvelés en 2012 :
  - Les membres de CDAPH peuvent bénéficier de formations.
  - Les temps d'échanges entre les équipes pluridisciplinaires permettent de renforcer la cohérence d'ensemble du fonctionnement de la MDPH et contribuent à une meilleure maîtrise du cadre réglementaire par les membres de la CDAPH.
  - Enfin, les échanges entre les membres de la CDAPH et d'autres acteurs du territoire permettent de renforcer la connaissance réciproque et par conséquent la pertinence des décisions.
  - Enfin, certaines MDPH continuent à formaliser les recueils de jurisprudence (capitalisation de la doctrine locale issue des décisions de la CDAPH), qui sont un outil au service de l'équité de traitement des usagers, mais également de l'efficacité du dispositif. Cette démarche demeure rare.

### ► La dynamique partenariale au service de l'efficacité collective

Les partenaires jouent un rôle essentiel pour permettre aux MDPH de concilier le traitement de masse et la qualité de service, et ce à plusieurs titres : orientation des usagers, transmission d'informations, participation à l'évaluation dans le cadre des équipes pluridisciplinaires ou en tant que prestataires, mise en œuvre des décisions. C'est pourquoi les MDPH continuent à tisser des liens partenariaux avec les acteurs locaux impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées.

- 43 % des MDPH ont des conventions avec des partenaires pour contribuer à la mission d'accueil de niveau 1 et 30 % pour le niveau 2.
- Un peu moins d'un tiers des MDPH ont des conventions avec des partenaires pour aider les usagers dans l'élaboration de leur projet de vie. Cependant, les MDPH intègrent plus généralement cette mission dans les fonctions des agents d'accueil, voire, dans certaines MDPH, dans les fonctions des évaluateurs.
- 83 % des MDPH ont passé des conventions pour l'évaluation avec des partenaires comme les organismes d'aide à l'insertion professionnelle, les ESMS, les acteurs du champ de la santé. Les rapports d'activité évoquent également des partenariats variés, qui semblent être particulièrement développés en matière d'aides techniques.
- Des partenaires extérieurs alimentent les dossiers de demande des usagers (ajout de pièces dans le dossier permettant d'apporter des éléments complémentaires aux membres de l'équipe pluridisciplinaire chargés de l'évaluation) dans la quasi-totalité des MDPH ayant répondu à l'enquête réalisée pour le compte du HCSP (81 MDPH). La majorité des MDPH (83 %) sont satisfaites de la qualité des échanges avec les ESMS au niveau de la transmission d'informations pour l'évaluation des situations individuelles et pour l'élaboration des réponses.

Si le développement de la culture commune entre les MDPH et leurs partenaires reste un processus lent et fragile à relancer sans cesse, on observe des progrès en ce qui concerne l'appropriation de la définition de situation de handicap, de clarification des champs de compétences de chacun et de meilleure compréhension du « juste » niveau d'informations attendues par les MDPH.

Il faut cependant mettre un bémol lorsqu'on évoque la qualité des informations transmises à la MDPH. En effet, l'étude du HCSP a permis de mettre en lumière une difficulté souvent évoquée par les MDPH, celle de l'insuffisante qualité des certificats médicaux alors qu'il s'agit d'une pièce obligatoire et indispensable à l'évaluation : « Seuls 32 % des répondants estiment que les éléments indiqués dans le certificat médical sont suffisants pour réaliser l'évaluation des trois quarts ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH. »

## DES AMBITIONS QUALITATIVES AU-DELÀ DU TRAITEMENT DES DEMANDES

Les MDPH adoptent une posture proactive en matière de communication afin de faciliter l'accès des usagers à la MDPH ou encore s'investissent dans l'observation des besoins des personnes en situation de handicap. Ainsi, elles cherchent à jouer un rôle actif dans l'amélioration des dispositifs pour personnes handicapées sur leur territoire tout en maîtrisant les délais de traitement, qui sont restés stables par rapport à 2012. Elles sont toutefois nombreuses à souligner les limites auxquelles se heurtent leurs ambitions.

### ► Communication

Compte tenu de leur rôle charnière en matière d'accès aux droits, les MDPH doivent faire face à deux enjeux : d'une part, faciliter l'accès à la MDPH aux personnes en situation de handicap relevant des dispositifs dont elle a la responsabilité, et, d'autre part, être en capacité de réorienter l'utilisateur vers d'autres dispositifs lorsqu'il ne relève pas d'elle. Cette articulation n'a rien d'évident, car elle implique :

- une communication active sur le territoire pour éviter le non-recours tout en cadrant le périmètre de missions de la MDPH ;
- la structuration de la fonction d'information et d'orientation au sein de la MDPH, sans pour autant la positionner en tant que point de passage obligatoire pour tous les dispositifs en lien avec le handicap.

Sur le premier versant, les MDPH s'engagent depuis de nombreuses années en participant aux événements sur le handicap, en engageant des campagnes de sensibilisation et d'information, et en participant aux dispositifs de formation des professionnels sur le handicap.

Les actions sont caractérisées par une grande diversité qui reflète sans aucun doute les spécificités des territoires. Cependant, on peut constater un fort investissement de la problématique de l'emploi et l'émergence de l'implication des MDPH dans le champ de l'accessibilité. Par ailleurs, les efforts de formation sur le handicap concernent particulièrement les professionnels sociaux et sanitaires pouvant servir de relais pour orienter au mieux les usagers en situation de handicap.

En complément de ces efforts de communication proactive, certaines MDPH s'engagent sur la structuration de leurs efforts d'information et d'orientation des usagers qui s'adressent à leurs accueils. Des démarches de refonte des sites Internet et d'élaboration de supports d'information formalisés sont nombreuses, mais certaines MDPH vont plus loin en se positionnant en tant que véritables centres de ressources pour les personnes en situation de handicap, en mettant à leur disposition des informations qui vont au-delà des dispositifs qui relèvent de la MDPH.

### ► Observation

Les MDPH sont de plus en plus sollicitées par les partenaires institutionnels pour apporter des éléments de qualification du public handicapé sur le territoire départemental. Si cet objectif de connaissance des besoins est limité par les outils informatiques à disposition des MDPH, elles poursuivent néanmoins leurs efforts en ce sens.

Notons qu'elles sont au moins une vingtaine à pouvoir fournir des informations sur leur file active. Les données de cette nature n'ont pas fait l'objet d'un travail d'harmonisation au niveau national et ne sont pas comparables aujourd'hui, mais on peut toutefois noter que sur certains territoires la file active de la MDPH atteint 13 % de la population départementale.

Certaines MDPH donnent la priorité à certains publics dans la mise en place de cette mission d'observation (bénéficiaires de PCH, jeunes relevant de l'amendement Creton, personnes accueillies en ESMS hors département...). D'autres consolident également dans leurs rapports d'activité les données des partenaires locaux portant sur le nombre d'usagers concernés par leurs dispositifs, notamment en matière de scolarisation et d'emploi.

Ainsi, les données disponibles sont très hétérogènes, mais témoignent de l'engagement des MDPH pour répondre à l'attente croissante des acteurs de disposer d'éléments d'aide à la décision pour les politiques du handicap.

Cette mission d'observation ne peut pas être dissociée de celle du codage des pathologies et déficiences qui se déploie, mais se heurte souvent à la disponibilité des professionnels médicaux au sein des MDPH. Cela conduit souvent à cibler certains dossiers, mais également à une réflexion quant à la mobilisation possible des infirmiers pour la réalisation du codage.

### ► **Prévention des ruptures de parcours et effort sur les âges charnières**

De nombreuses MDPH jouent un rôle en matière de prévention des ruptures de parcours en mobilisant plusieurs leviers.

- Quelques MDPH ont décidé d'investir la mission d'accompagnement social pour les usagers les plus en difficulté.
- Elles sont plus nombreuses à adopter une posture proactive pour éviter les ruptures de droits en raison des renouvellements tardifs, notamment pour les droits et prestations de nature financière. Elles jouent ainsi un rôle de veille et avertissent les usagers.
- Les MDPH tissent des liens avec les acteurs responsables de la mise en œuvre des décisions pour renforcer la fluidité d'accès aux dispositifs. De nombreux axes de travail ont pu être abordés les années précédentes et demeurent d'actualité : rapprochement avec les organismes payeurs (CAF et conseils départementaux), les acteurs de la scolarisation et de l'emploi et les établissements médico-sociaux. En 2013, un nouvel axe de travail semble émerger, la structuration des relations avec les services d'aide à domicile.
- Enfin, les MDPH reviennent dans leurs rapports sur les dispositifs qu'elles ont mis en place pour faciliter le traitement des situations les plus complexes et anticipent leur transformation dans le cadre du déploiement de la circulaire du 22 novembre 2013 relative aux cas critiques.

Les MDPH portent également une attention particulière aux situations des jeunes à la limite des dispositifs pour enfants et pour adultes.

- Ainsi, les organisations dédiées aux jeunes adultes semblent se généraliser progressivement (45 % des MDPH ayant répondu au questionnaire de l'étude du HCSP ont mis en place une équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes, 15 % vont mettre en place prochainement une équipe de ce type. Parmi les équipes d'évaluation des situations des jeunes adultes existantes, près de la moitié (soit 16 MDPH) ont moins de deux ans).
- Concernant le public de jeunes adultes, on peut également mentionner les initiatives permettant d'apporter de meilleures solutions aux jeunes relevant de l'amendement Creton.

Enfin, les MDPH développent des liens privilégiés avec l'aide sociale à l'enfance. En effet, les enfants relevant des deux dispositifs sont relativement nombreux et présentent souvent des parcours complexes nécessitant une coordination accrue des partenaires institutionnels. Si le partenariat entre les deux services peut prendre des formes différentes – échanges d'informations, formation des professionnels de l'ASE aux dispositifs relatifs au handicap, participation de l'ASE aux équipes pluridisciplinaires –, les MDPH ne sont pas très nombreuses à évoquer cette problématique dans leurs rapports d'activité.

### ► Place de l'utilisateur : des efforts continus et des marges de progrès certaines

Un des fondamentaux de la loi de 2005 réside dans l'affirmation de la place active de l'utilisateur dans son parcours. Trois principaux outils sont à disposition des MDPH et des utilisateurs pour structurer leur relation et faciliter l'expression de ce dernier : le projet de vie, le plan personnalisé de compensation et la possibilité d'audition en CDAPH. Sur ces trois axes, on note un investissement certes variable, mais constant des MDPH.

- En matière de projet de vie, les rapports d'activité font toujours le constat de l'insuffisante appropriation, même si des progrès sont notés sur certains territoires. Certaines MDPH investissent cette problématique en mettant en place des dispositifs ou outils spécifiques, parfois en s'appuyant sur le réseau partenarial.
- Les plans personnalisés de compensation constituent un support important pour engager un échange avec l'utilisateur en amont de la transmission du dossier en CDAPH. Cependant, il s'agit d'un outil qui n'est pas utilisé systématiquement compte tenu des moyens dont disposent les MDPH. Il est en revanche utilisé en priorité pour certains types de dossiers (notamment la PCH ou des situations complexes).
- Concernant les auditions en CDAPH, les critères d'information des utilisateurs sur la possibilité d'y assister ainsi que les modalités de l'audition sont variables et insuffisamment renseignés dans les rapports d'activité. On constate toutefois, comme les années précédentes, une volonté de certaines MDPH de faciliter l'expression des utilisateurs, notamment en mettant en place des formations restreintes de CDAPH en dehors des commissions plénières.

Notons les démarches particulièrement novatrices visant à associer de manière plus active les utilisateurs dans le cadre des réflexions sur la qualité de service.

### ► Innovation et expérimentations

Les MDPH continuent à innover, tant dans le champ d'accès aux droits et aux prestations dont elles ont la responsabilité que sur de nombreux autres sujets, avec une volonté constante de proposer aux personnes en situation de handicap les réponses les plus adaptées.

On peut notamment citer les expérimentations qui ont été lancées au niveau national et qui mobilisent les MDPH pilotes, à savoir l'expérimentation autour de l'employabilité et celle sur le dispositif ITEP.

Certaines MDPH sont également motrices par rapport aux initiatives territoriales d'adaptation de l'offre médico-sociale.

Quoique ce sujet soit peu investi par les MDPH, on peut également souligner des initiatives en direction des aidants, qui touchent un nombre limité d'utilisateurs.

Si les projets en lien avec les problématiques médico-sociales sont naturellement plus nombreux, certaines MDPH investissent la problématique d'accès au droit commun en engageant des actions en matière d'accessibilité des logements (plusieurs MDPH font état de partenariats avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), d'accueil de jeunes enfants, d'accès aux sports et à la culture, ou encore d'accès aux vacances.

## ► Conclusion

Cette synthèse permet de constater que les MDPH, qui fêteront leurs dix ans d'existence l'an prochain, restent des dispositifs « agiles », mais fragiles, souvent terrains d'expérimentation et d'innovation.

Par essence, leur construction et leur gestion partenariales, dans un contexte de forte contrainte pour la sphère publique et de mutation territoriale liée à la réforme en cours, apparaissent comme une véritable opportunité de poursuivre dans la voie de la qualité et de l'efficacité. Elles représentent une nouvelle offre de service public, plus proche des usagers, ancrée sur un territoire et contribuant au parcours des personnes handicapées.

Les préoccupations et les démarches évoquées dans cette synthèse annoncent les grands chantiers déjà engagés ou à venir :

- référentiel de missions et de qualité de service pour harmoniser les pratiques et les niveaux de service sur le territoire national : ces travaux conduits avec une vingtaine de MDPH et les associations représentatives des personnes en situation de handicap devraient aboutir à la fin du premier trimestre 2015 ;
- recherche de simplifications administratives permettant d'alléger tant les formalités pour les usagers que les tâches administratives pour les équipes des MDPH, leur permettant de se centrer sur leur cœur de métier ;
- appui aux organisations et expérimentations de processus et d'outils comme dans le projet Impact - Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires. Mis en œuvre depuis le 4 février 2014, il vise à expérimenter dans deux MDPH (Nord et Calvados) de nouveaux processus de traitement des demandes en vue d'améliorer le service rendu aux usagers, avec des résultats attendus au deuxième trimestre 2015 ;
- suites de l'audit relatif aux systèmes d'information des MDPH visant à construire un système d'information performant et harmonisé, soutien du fonctionnement quotidien des MDPH et de l'harmonisation des pratiques, vecteur d'informations au service de l'observation ;
- mise en œuvre du rapport « Zéro sans solution », exigence partagée au service d'un engagement collectif visant à offrir une réponse de qualité à toutes les personnes handicapées, quelle que soit la complexité de la situation.

La mobilisation toujours intense des directeurs et de leurs équipes, soutenus par les conseils départementaux et l'ensemble des partenaires, est garante de ces évolutions et de la réussite de ces chantiers.



## Annexe 6 – Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2014

### Conventions signées au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

#### Nouvelles conventions signées en 2014 (montants en euros)

Ce tableau rend compte des conventions signées pendant l'année 2014.

01 – Conventions avec les conseils départementaux				
Population	Porteur du projet	Montant du programme	Subvention prévisionnelle CNSA	Description du projet
Personnes âgées Personnes handicapées	10 Aube	400 156 €	118 797 €	<b>Axe unique</b> – Modernisation et structuration des services d'aide à domicile
Personnes âgées Personnes handicapées	17 Charente-Maritime	725 000 €	362 500 €	<b>Axe 1</b> – Améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées et handicapées à domicile : renforcer la démarche qualité <b>Axe 2</b> – Soutenir et développer l'accueil familial pour personnes âgées et handicapées <b>Axe 3</b> – Améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées et handicapées à domicile : structurer et poursuivre la modernisation des services
Personnes âgées Personnes handicapées	19 Corrèze	7 173 858 €	2 579 672 €	<b>Axe 1</b> – Amélioration et structuration de l'offre <b>Axe 2</b> – Professionnalisation et valorisation des métiers <b>Axe 3</b> – Soutien à la qualité et diversification de l'offre <b>Axe 4</b> – Pilotage et coordination du dispositif
Personnes âgées Personnes handicapées	31 Haute-Garonne	2 400 000 €	1 200 000 €	<b>Axe unique</b> – Modernisation et structuration des services d'aide à domicile
Personnes âgées Personnes handicapées	41 Loir-et-Cher	1 979 000 €	989 500 €	<b>Axe 1</b> – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire, favoriser la formation des aides à domicile <b>Axe 2</b> – Développer les réseaux de coordination locaux soutenus par une plateforme d'information départementale <b>Axe 3</b> – Développer, accompagner et encourager les actions innovantes et initiatives locales de prévention des effets liés à la perte d'autonomie
Personnes âgées Personnes handicapées	42 Loire	843 000 €	399 160 €	<b>Axe 1</b> – Assurer le pilotage du dispositif conventionnel <b>Axe 2</b> – Favoriser la structuration du secteur de l'aide à domicile <b>Axe 3</b> – Soutenir l'entourage <b>Axe 4</b> – Assurer l'ingénierie mutualisée de la formation du secteur de l'aide à domicile
Personnes âgées Personnes handicapées	51 Marne	505 280 €	282 978 €	<b>Axe 1</b> – Le développement de la modernisation des outils et systèmes d'information (télégestion) <b>Axe 2</b> – Les actions spécifiques et services innovants (vidéosurveillance, équipements domotiques)
Personnes âgées Personnes handicapées	66 Pyrénées-Orientales	900 000 €	450 000 €	<b>Axe 1</b> – Modernisation de la gestion des services d'aide à domicile <b>Axe 2</b> – Professionnalisation des acteurs de l'aide à domicile <b>Axe 3</b> – Promouvoir une offre de services innovants <b>Axe 4</b> – La mise en œuvre et le suivi de l'accord-cadre CNSA
Personnes âgées Personnes handicapées	69 Rhône	2 090 000 €	1 078 440 €	<b>Axe 1</b> – Moderniser du secteur <b>Axe 2</b> – Améliorer l'offre de services et structurer le secteur de l'aide à domicile <b>Axe 3</b> – Contribuer à la professionnalisation du secteur
Personnes âgées Personnes handicapées	80 Somme	1 262 144 €	631 072 €	<b>Axe 1</b> – Professionnalisation et modernisation de l'aide à domicile <b>Axe 2</b> – Professionnalisation des accueillants familiaux <b>Axe 3</b> – Développement de nouvelles réponses <b>Axe 4</b> – Cofinancement d'un poste

Personnes âgées Personnes handicapées	84 Vaucluse	1 725 900 €	861 900 €	<b>Axe 1</b> – Poursuivre le déploiement de la démarche qualité des aides départementales à domicile <b>Axe 2</b> – Améliorer la structuration du secteur et la gestion des SAAD <b>Axe 3</b> – Promouvoir la formation des accueillants familiaux et l'aide aux aidants naturels <b>Axe 4</b> – Assurer la mise en œuvre et le suivi de la convention
--	-------------	-------------	-----------	---

## 02 – Conventions avec les fédérations nationales de services à domicile

Population	Porteur du projet	Montant du programme	Subvention prévisionnelle CNSA	Description du projet
Personnes âgées Personnes handicapées	HANDEO	2 019 930 €	1 200 000 €	<b>Axe 1</b> – Améliorer la qualité et faire connaître l'offre de services à domicile pour les personnes handicapées <b>Axe 2</b> – Faciliter l'accès des services prestataires à des formations adaptées aux spécificités de l'accompagnement à domicile des personnes handicapées <b>Axe 3</b> – Accompagner la structuration de l'aide à domicile sur les territoires, au service des parcours de vie des personnes handicapées
Personnes âgées Personnes handicapées	UNA - Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles	44 848 481 €	24 116 302 €	<b>Axe 1</b> – Phase préparatoire <b>Axe 2</b> – Adéquation besoins / prestations <b>Axe 3</b> – Optimisation des organisations <b>Axe 4</b> – Accompagnement individualisé des structures <b>Axe 5</b> – Systèmes d'Information <b>Axe 6</b> – Pilotage général du projet
Personnes âgées Personnes handicapées	UNCCAS	948 000 €	568 800 €	<b>Axe 1</b> – Soutien au recrutement et à l'insertion de nouveaux salariés <b>Axe 2</b> – Modernisation de la gestion des services d'aide à domicile <b>Axe 3</b> – Amélioration de l'offre de services et structuration du secteur <b>Axe 4</b> – Professionnalisation des salariés de l'aide à domicile <b>Axe 5</b> – Études/enquêtes <b>Axe 6</b> – Évaluation de la convention

## 03 – Conventions avec les OPCA

Population	Porteur du projet	Montant du programme	Subvention prévisionnelle CNSA	Description du projet
-	-	-	-	-

## 04 – Conventions avec les associations de soutien aux aidants familiaux

Population	Porteur du projet	Montant du programme	Subvention prévisionnelle CNSA	Description du projet
Personnes âgées Personnes handicapées	Association française des aidants	1 213 689 €	989 500 €	<b>Axe 1</b> – Les actions de formation <b>Axe 2</b> – Pilotage et logistique du projet
Personnes âgées Personnes handicapées	Fédération nationale des aphasiques de France et partenaires professionnels : Société française de psychologie, Collège français d'orthophonie et Société de neuro-psychologie de langue française	1 884 316 €	1 404 306 €	<b>Axe 1</b> – Une sensibilisation sur les répercussions du handicap de communication : psychosociales, cognitives et psychologiques pour les personnes aphasiques et leur entourage <b>Axe 2</b> – Un approfondissement sur les problématiques spécifiques des personnes aphasiques en termes de handicap de communication partagée et d'impact sur la qualité de vie, ainsi qu'un approfondissement sur les répercussions psychologiques, à destination des aidants familiaux. Les sessions d'approfondissement sont organisées en deux phases : un programme psychologique, puis un programme orthophonique
Personnes âgées Personnes handicapées	France Alzheimer	1 078 450 €	862 760	<b>Axe 1</b> – La formation de binômes de formateurs <b>Axe 2</b> – La réalisation des actions de formation des aidants <b>Axe 3</b> – La réalisation et la diffusion d'outils pédagogiques <b>Axe 4</b> – La modélisation des formations des aidants se déroulant en EHPAD <b>Axe 5</b> – Le pilotage et la logistique du projet



## Conventions ayant donné lieu à un versement en 2014

Ce tableau rend compte des montants versés en 2014 au titre des conventions signées (en 2014 et années antérieures). Le versement effectif des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'un bilan d'exécution par le partenaire.

### 01 – Conventions avec les conseils départementaux

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2014
Conventions de modernisation de l'aide à domicile signées avec les conseils départementaux	2010 à 2014	39 823 599	9 791 331

### 02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2014
ADESSA	17/07/2009	477 051	72 969
ADESSA	19/11/2009	525 498	4 653
ADHAP	06/12/2010	3 680 437	127 417
Croix-Rouge française	12/10/2012	3 375 629	788 592
UNA	12/05/2010	25 679 427	3 062 159
Union nationale ADMR	19/12/2013	10 180 659	2 283 259
FEPEM	02/08/2013	682 428	303 426
HANDEO	20/12/2010	612 000	268 038
HANDEO	12/12/2014	1 199 838	50 550
DOMIDOM	19/03/2013	210 575	99 889
Tout a dom services	28/05/2013	571 777	133 617
UNA	27/11/2014	24 116 301	184 886

### 03 – Conventions relatives à la formation des aidants familiaux

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2014
Fédération des aînés ruraux	15/01/2013	279 878	82 521
France Alzheimer	02/05/2013	756 000	346 831
France Alzheimer	10/03/2014	862 750	431 380
France Parkinson	19/03/2013	533 654	143 389
UNAFAM	10/02/2013	629 378	181 553
ANCRA	27/08/2013	298 578	109 515
AFA	12/11/2014	970 951	49 673
SFP	27/11/2014	168 365	84 183
FNAF	27/11/2014	61 050	30 525
CFO	27/11/2014	397 384	198 692
SNLF	27/11/2014	5 000	2 500

### 04 – Conventions avec les OPCA

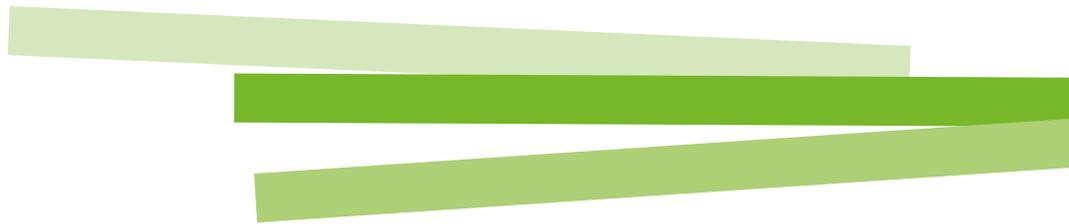
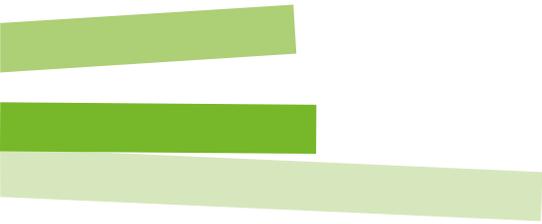
Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2014
ANFH	19/04/2013	5 197 500	2 442 957
ANFH	18/06/2014	5 197 500	1 559 250
ANFH	05/08/2014	4 660 000	1 398 000
OPCA PL/ACTALIANS	17/06/2013	2 420 500	1 100 523
OPCA PL/ACTALIANS	21/06/2013	1 435 000	430 500
OPCA PL/ACTALIANS	10/07/2014	2 420 500	726 150
UNIFORMATION	12/10/2012	14 000 000	9 502 022
UNIFORMATION	18/06/2013	14 420 000	14 908 244
UNIFAF	20/05/2011	3 620 000	2 922 221
UNIFAF	23/04/2012	3 370 000	2 336 209
UNIFAF	23/06/2014	3 670 000	1 101 000
UNIFAF	05/09/2014	3 420 000	1 026 000



**04 - Conventions avec les OPCA (suite)**

<b>Porteur de projet</b>	<b>Date de signature de la convention</b>	<b>Montant de la subvention CNSA</b>	<b>Montants versés en 2014</b>
CNFPT	21/09/2011	900 000	263 868
CNFPT	20/03/2012	750 000	531 747
CNFPT	17/06/2013	750 000	551 544
CNFPT	11/12/2013	100 000	1 812







## Annexe 7 - Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2014 - Projets d'études et de recherche et actions innovantes

### Axe 1 – Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et manque d'autonomie

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes handicapées	Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens (UNAFTC)	Quotidien des personnes en état végétatif chronique et paucirelationnel
Personnes âgées	École pratique des hautes études (EPHE)	European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS)
Personnes âgées	Association pour le développement de l'enseignement et des recherches auprès des universités, des centres de recherche et des entreprises d'Aquitaine (ADERA)	Dépendance des personnes âgées - 3 cohortes
Personnes handicapées	Association des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE)	Parcours institutionnels des enfants et adolescents orientés en ITEP
Personnes handicapées	Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI)	Soutien à l'ANCREAI
Personnes handicapées	Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)	Attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Personnes handicapées	Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) PACA et Corse	Géographie de la population handicapée
Personnes handicapées	Fédération générale des pupilles de l'enseignement public (FGPEP)	Adapter l'accompagnement au parcours de vie des personnes en situation de handicap
Personnes âgées	Fondation partenariale Paris-Dauphine	Share - Vague 6
Personnes handicapées	Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INSHEA)	Conditions d'accès aux apprentissages des enfants polyhandicapés en établissements médico-sociaux
Personnes handicapées	Amnyos	Expérimentation employabilité des personnes handicapées

### Axe 2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne et préconisations

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP)	Convention d'application annuelle s'inscrivant dans la convention-cadre relative au développement de systèmes d'information dans le secteur médico-social
Personnes handicapées	Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés (CLAPEAHA)	Préconisation de la recherche-action « situations de handicap complexe »
Personnes handicapées	Trisomie 21 France	Mise en accessibilité du système d'information de Trisomie 21 France
Personnes handicapées	Université de Rouen	Révision du profil de compétences cognitives du jeune polyhandicapé (P2CJP)

### Axe 3 – Aides techniques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes handicapées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets (anciennement) TecSan 2014, plan d'action 2014, défi 4, sous axe 18 « Technologie pour la santé et l'autonomie »
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre d'expertise nationale mobilité (CEREMH)	Colloque des centres d'expertises nationales pour les aides techniques
Personnes âgées	L'association Maintien en autonomie à domicile des personnes âgées (MADOPA)	Écosystème santé/autonomie des personnes âgées à domicile
Personnes âgées	Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie (SFTAG)	Colloque « Science, morale et technologie dans la Silver économie »
Personnes handicapées	2IM Conseil	Évaluation des centres expertises nationaux

Description du projet	Budget
Étude relative à la vie au quotidien des personnes en état végétatif chronique et pauci-relationnel dans les unités dédiées	100 000 €
Poursuite d'un système de surveillance de l'espérance de vie en bonne santé et de l'espérance de vie sans incapacité, à partir d'enquêtes nationales	100 000 €
Dépendance des personnes âgées : histoire naturelle, déterminants, tendance séculaire dans le cadre du suivi des cohortes populationnelles intitulées PAQUID, 3 C et AMI	500 000 €
Études des parcours institutionnels des enfants et adolescents orientés en ITEP	257 853 €
Renforcement de l'ANCREAI en tant que tête de réseau dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs	300 000 €
Étude visant à améliorer la connaissance des divergences de pratiques d'attribution de la RQTH	70 000 €
Géographie de la population handicapée : estimation des populations et étude de l'adéquation avec l'offre des établissements et services	99 944 €
Analyse des modes de coopération entre partenaires (coopérations interprofessionnelles et interassociatives) et de leur impact sur la coordination des actions mises en œuvre pour l'accompagnement des parcours de vie	151 882 €
6 <sup>e</sup> vague de la Cohorte Share, enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite	500 000 €
Projet de recherche sur les conditions d'accès aux apprentissages des enfants polyhandicapés en établissements médico-sociaux	160 345 €
Accompagnement de l'expérimentation relative à l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées	548 340 €

Description du projet	Budget
Coopération entre la CNSA et ASIP Santé pour la réalisation de 2 projets de systèmes d'information : outil d'évaluation multidimensionnel (MAIA) et système d'information des MDPH	375 321 €
Supports et outils favorisant l'appropriation des résultats et la mise en œuvre de préconisations issues de la recherche-action « situations de handicap complexe »	36 000 €
Mise en accessibilité du système d'information de Trisomie 21 France	133 000 €
Révision de l'outil P2CJP (profil de compétences cognitives du jeune polyhandicapé) pour en élargir l'usage auprès de personnes polyhandicapées de tous âges	119 562 €

Description du projet	Budget
Christophe Jouffray : Accessimap ; cartographies en <i>open data</i> interactives, collaboratives et accessibles pour les déficients visuels	500 000 €
Colloque des 4 centres d'expertises nationaux : bilan et perspective après 3 années de financement par la CNSA	17 071 €
Étude stratégique de l'écosystème santé/autonomie des personnes âgées à domicile	34 884 €
Les 4 <sup>es</sup> journées annuelles de la SFTAG consacrée à la thématique « Science, morale et technologie dans la Silver économie » – congrès national	10 000 €
Évaluation des 4 centres d'expertises nationaux pour les aides techniques financés par la CNSA	50 040 €

### Axe 4 – Aide aux aidants informels

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes handicapées	Association nationale des centres de ressources autisme (ANCRA)	Évaluation de l'impact de la mesure 5 du second plan Autisme
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association présence à domicile Alpes-du-Nord (APADADN)	Bulle d'air
Personnes handicapées	EPSM Lille-Métropole	Évaluation du programme « Médiateurs de santé-pairs »
Personnes âgées	Groupe des animateurs en gérontologie (GAG)	Plateforme collaborative Cultura-Vie
Personnes âgées/ Personnes handicapées	L'Union départementale des associations familiales de Maine-et-Loire (UDAF 49)	Centre de ressources et de soutien aux aidants
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Ernst Young et Eneis	Contenu des prestations d'aide à domicile
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Eneis	Étude des politiques et dispositifs d'aides aux aidants - section IV et V

### Axe 5 – Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie sur un territoire

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes handicapées	Association pour l'information scientifique et technique en rééducation (ALISTER)	Service d'accompagnement à la vie autonome
Personnes handicapées	Association régionale des établissements et services d'aide par le travail (ARESAT) Bretagne	Création d'un pôle d'information et d'orientation pour retraités et futurs retraités d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
Personnes handicapées	Association groupe École supérieure des sciences économiques et commerciales (Association groupe ESSEC)	Évaluation du dispositif des techniciens d'insertion
Personnes handicapées	Cekoia	Évaluation structures expérimentales autisme

### Axe 6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées/ Personnes handicapées	EHPAD Le village des Aubépins à Maromme	
	FAM de Coulommès Oignies	Prix « Lieux de vie collectifs & autonomie »
	Samuel ODIC	

### Axe 7 – Contenu de service et mesure de l'efficacité et performance des réponses médico-sociales

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Remontée de données d'activité 2013 « Alzheimer »
Personnes âgées	Agences régionales de santé (ARS)	Formations des équipes d'EHPAD à l'utilisation des outils AGGIR et PATHOS
Personnes âgées	Cemka-Eval	Validation des temps humains des ordonnances PATHOS

Description du projet	Budget
Évaluation de l'impact de la mesure du plan autisme 2008-2010 relative aux actions de formation en direction des professionnels et des familles reposant sur la formation de formateurs	15 000 €
Recherche - action et modélisation d'une formule innovante de répit à domicile pour les aidants de personnes dépendantes en Savoie, Haute-Savoie et Isère	241 000 €
Prolongation de la recherche évaluative du programme « Médiateurs de santé-pairs »	46 600 €
Plateforme collaborative Cultura-Vie à destination des professionnels de l'animation et des aidants des personnes âgées à domicile et en établissement	111 800 €
Mise en place et développement d'un centre de ressources et de soutien aux aidants familiaux associée à une démarche partenariale de structuration de l'aide aux aidants sur le département du Maine-et-Loire	110 000 €
Étude sur le contenu et le coût des aides à domicile	420 480 €
Étude relative aux politiques et dispositifs d'aides aux aidants financés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget	235 152 €

Description du projet	Budget
Expérimentation et création d'un service spécialisé dans la pédagogie de l'autonomisation : Service d'accompagnement à la vie autonome (SAVA)	245 328 €
Création d'un pôle d'information et d'orientation pour retraités et futurs retraités d'ESAT, pour sensibiliser à la transition vers la retraite les usagers ayant développé un projet personnel à dominante professionnelle	38 685 €
Évaluer le dispositif dit des « Techniciens d'insertion » développé et porté par l'Association française contre les myopathies (AFM-Téléthon), qui consiste en un accompagnement des malades et de leurs familles par des professionnels (les techniciens d'insertion)	105 000 €
Évaluation nationale des structures expérimentales autisme	262 499 €

Description du projet	Budget
Prix de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes âgées	72 000 €
Prix de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes handicapées	
Concours d'idées pour la construction d'un lieu de vie collectif	

Description du projet	Budget
Convention DREES-CNSA sur la remontée de données d'activité 2013 des structures liées au plan Alzheimer (AJ, HT, ESA, PASA, UHR)	78 448 €
Crédits que la CNSA délègue chaque année aux ARS pour le financement des formations aux outils AGGIR et PATHOS	252 000 €
Étude permettant la validation des temps humains (temps d'intervention estimés pour les différents professionnels) constitutifs des ordonnances en cours de réécriture (dans le cadre de la refonte de l'outil PATHOS)	112 690 €

## Axe 9 – Prévention

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Association Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (Monalisa)	Déploiement Monalisa
Personnes âgées	Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)	MOBIQUAL 2013
Personnes âgées	Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)	Poursuite MobiQual

## Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées / Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets de recherche « Handicap et perte d'autonomie » – session 5
Personnes âgées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets : plan d'actions 2014, défi 4 sous axe 12 « Vieillesse normale et pathologique, autonomie et qualité de vie »
Personnes handicapées	Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM)	XIII <sup>e</sup> congrès international autour de la déficience intellectuelle
Personnes handicapées	Association nationale des centres ressources autisme (AN CRA)	Journées nationales des centres de ressources autisme
Personnes handicapées	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale Précoce (ANECAMSP),	Colloque « Ces enfants en mal de liens, confiés... »
Personnes âgées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets - programmation conjointe européenne sur les maladies neurodégénératives 2014 (JPND)
Personnes handicapées	APEI de la région dieppoise	Colloque « Empêche-moi si tu peux »
Personnes handicapées	Association de réadaptation et défense des devenus sourds - section Île-de-France (ARDDS IDF)	Forum du Bucodes surdifrance
Personnes âgées	Association Pour que l'esprit vive (PQEV)	De la maladie à la mélodie d'Alzheimer
Personnes âgées	Centre d'expertise national en stimulation cognitive (CEN STIMCO)	2 <sup>e</sup> congrès européen de stimulation cognitive
Personnes âgées	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Séminaire d'été - Horizon 2020
Personnes âgées	CODES 91	Accompagnement de la sexualité des personnes âgées
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS/EPSM) Lille-Métropole	4 <sup>es</sup> Rencontres internationales du CCOMS
Personnes handicapées	Fédération des établissements médico-sociaux de réadaptation professionnelle (FAGERH)	Journées d'étude de la réadaptation professionnelle
Personnes âgées	Fondation France répit	1 <sup>res</sup> Rencontres francophones sur le répit
Personnes handicapées	Fondation Maladies rares	Appel à projets sciences humaines et sociales sur les maladies rares, session 2
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Fonds Handicap et société	Film sur l'avancée en âge des personnes handicapées

Description du projet	Budget
Poursuite du projet Monalisa déploiement du dispositif	1 186 000 €
Financement de la CNSA au programme MobiQual	310 790 €
Poursuite du financement du projet MobiQual en 2014 et 2015	1 447 384 €

Description du projet	Budget
Projets financés : - Serge Ebersold : Handicap en prison - Stéphane Bahrami : Sexualité des femmes blessées médullaires en France - Amélie Courtinat-Camps : Les enfants à besoins éducatifs particuliers de 0 à 2 ans - Christine Passerieux : Trajectoire de santé des personnes en situation de handicap psychique - Sylvain Pichetti : Impact de la barrière d'âge des 60 ans sur le recours aux soins - Aude Beliard : Les sens de l'agitation chez l'enfant - Karine Pérès : Histoire naturelle de la dépendance du sujet âgé dans l'étude européenne SHARE - Hervé Hudebine : Changement et innovation dans les politiques médico-sociales régionales	416 020 €
Projet financé : - Agnes Gramain : MODAPA ; modélisation de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes : élasticité-prix et politiques de solvabilisation décentralisées»	66 000 €
Congrès intitulé « Des pratiques sur le terrain : voies nouvelles pour la recherche »	15 000 €
Journées nationales des centres de ressources autisme sur le thème « Autisme : explorer pour mieux comprendre, soigner et accompagner »	28 000 €
Colloque ayant pour thème : « Ces enfants en mal de liens, confiés... Comment les accompagner en action médico-sociale précoce ? La place de leurs parents et la cohérence entre les différents intervenants... »	3 000 €
- Sandrine Andrieu : MIND-AD : multimodal preventive trials for Alzheimer's Disease : towards multinational strategies	172 415 €
Colloque « Empêche-moi si tu peux » sur le thème de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap	9 134 €
Forum sur les troubles de l'audition « Bucodes surdifrance ». 9 <sup>e</sup> édition de cet événement	3 000 €
Poursuite des documentaires sur la musique et la maladie d'Alzheimer	30 000 €
2 <sup>e</sup> congrès européen de stimulation cognitive au centre de la Silver economy	8 000 €
Séminaire d'été de préparation aux appels à projets européens du programme « Horizon 2020 »	8 740 €
Formation-action sur l'accompagnement de la sexualité des personnes âgées en institution, en foyer logement ou à domicile	15 130 €
4 <sup>es</sup> Rencontres internationales du CCOMS « Comment promouvoir les expériences d'empowerment / autodétermination des usagers et aidants en santé mentale en Europe ? Indicateurs et bonnes pratiques »	30 000 €
Colloque national ayant pour objet le parcours de soins vers l'emploi <i>via</i> la réadaptation professionnelle : partenariats, coopérations, synergies	14 000 €
1 <sup>res</sup> Rencontres francophones sur le répit	10 000 €
- Pascal Antoine : Impact de trois maladies génétiques rares : recherche psychosociale exploratoire et comparative - Drina Candilis Huisman : Parcours de soins et accession à la parentalité des femmes en situation de handicap moteur atteintes de maladies rares - Hervé Devilliers : Étude qualitative des conséquences des maladies auto-immunes sur la qualité de vie - Alexandre Eusébio : Étude transversale des facteurs déterminant la qualité de vie du patient et le fardeau de l'aidant dans la paralysie supranucléaire progressive - Damien Léger : Parcours professionnel des personnes atteintes d'hypersomnies rares	406 543 €
Film accompagnant le rapport sur l'avancée en âge des personnes handicapées	14 174 €

## Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Gérontopôle Pierre-Pfitzenmeyer	« Si le plaisir m'était compté »
Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur les aides techniques pour personnes handicapées (IFRATH)	Congrès Handicap 2014
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	Conception universelle de l'information en santé publique
Personnes âgées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets général de l'IReSP
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Avenant 6, session 4 de l'appel à projets permanent « Handicap et perte d'autonomie »
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Fonctionnement de l'appel à projets permanent de l'Institut de recherche en santé publique (IResP)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets, session thématique « Handicap psychique et majeurs protégés »
Personnes handicapées	l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF)	Séminaire « Prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail »
Personnes handicapées	ONCODEFI	Congrès ONCODEFI
Personnes âgées	Association Psychologie & vieillissement	Colloque « Représentations positives du vieillissement, prévention du bien-vieillir ? »
Personnes handicapées	Université Blaise-Pascal de Clermont-Ferrand	Plateforme universitaire de formation à distance au spectre de l'autisme (PUFADSA)
Personnes handicapées	Université de Bordeaux - CFSSA	Colloque « Loi de février 2005 : bilan et défis de l'accessibilité »
Personnes âgées	Université de Toulouse	Colloque « Entre déprise, reprise et emprise : vivre le vieillir »
Personnes handicapées	Université Lille 1	Colloque international « Guérir, se rétablir, aller mieux en santé mentale et ailleurs »
Personnes handicapées	Université Paris-Descartes	9 <sup>e</sup> Séminaire international interuniversitaire sur la clinique du handicap (SIICLHA)
Personnes handicapées	Université Paris-Descartes	Financement de deux colloques « Sport et bien-être »
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Eneis	Évaluation des politiques de soutien aux études-section V
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Ptolémée	3 <sup>e</sup> Rencontres scientifiques de la CNSA
Personnes âgées	Ernst Young	Assistance à maîtrise d'ouvrage pour le portail d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement des proches



Description du projet	Budget
Réalisation d'un documentaire et d'un Web-documentaire sur la notion de « plaisir » en institutions gériatriques	80 000 €
Congrès Handicap 2014 - 8 <sup>e</sup> édition. Les technologies d'assistance : de la compensation à l'autonomie	5 000 €
Faciliter l'accès à l'information publique des personnes qui en sont les plus éloignées : personnes handicapées mentales et, d'une manière générale, les personnes éloignées de l'information	250 000 €
- Agnès Gramain : L'impact des politiques de financement de l'aide professionnelle à domicile sur la prise en charge des personnes âgées	129 303 €
- Sophie Martin : Assistance tools and cognitive contribution : embodied potential of technology - Yves Rolland : Effects of a long-term exercise program on functional ability in people with dementia living in nursing homes : a cluster randomised controlled trial - Alain Paraponaris : Soins de prévention chez les personnes avec un handicap à domicile et en institution - Isabelle Ville : Les défis de l'école inclusive en France : des attentes aux modalités concrètes - Tanguy Leroy : Évaluation de la qualité de vie des familles de patients polyhandicapés - Patrice Bourdon : Recherche, développement et suivi d'une application éducative sur tablette numérique pour personnes artistes	548 975 €
Crédit de fonctionnement de l'IRESP pour la gestion de l'appel à projets permanent « Handicap et perte d'autonomie »	320 600 €
- Benoît Eyraud : Les recompositions des régulations des capacités civiles (RegulCap) - Nadia Younès : Évaluation de l'effet d'une intervention de formation à la clinique fonctionnelle du handicap psychique auprès des professionnels de santé - Claude Martin : Handicap et troubles psychiques lors du passage à l'âge adulte - Sonia Laberon : Inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique (PSHP) : leviers et freins psychosociaux et juridiques - Antoinette Prouteau : Facteurs interpersonnels et participation sociale dans la schizophrénie	481 149 €
Séminaire « Regards croisés France-Belgique-Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail »	6 000 €
1 <sup>er</sup> congrès international ayant pour thème « Prévenir et soigner les cancers des personnes déficientes intellectuelles »	10 000 €
Colloque ayant pour vocation à aider à structurer la recherche en s'appuyant sur les besoins et les attentes des institutions, collectivités territoriales et associations.	10 000 €
Mise en place d'une plateforme universitaire de formation à distance au spectre de l'autisme	68 000 €
Ce colloque « Bilan et défis de la loi de février 2005 » a abordé la question de l'accessibilité par 3 thèmes : accessibilité aux savoirs et à la formation / accessibilité à l'emploi / accessibilité à la culture	8 000 €
Colloque pluridisciplinaire et international ayant comme titre « Entre déprise, reprise et emprise : vivre le vieillir »	2 980 €
Colloque international « Guérir, se rétablir, aller mieux en santé mentale et ailleurs »	9 000 €
9 <sup>e</sup> SIICLHA ayant pour sujet « Et si le handicap n'était pas une tragédie ? »	7 000 €
Colloque « The sociological lens and the Well-Being of sport » et colloque « Bien-être et activité physique et sportive »	15 000 €
L'évaluation de la politique de soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes financés par la section V du budget de la caisse	126 000 €
Appui à l'organisation des 3 <sup>e</sup> Rencontres scientifiques sur le thème « Être proche aidant aujourd'hui »	297 301 €
Assistance à maîtrise d'ouvrage pour le portail d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement des proches	96 000 €

