

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



RAPPORT 2015

Territoires et politiques de l'autonomie



Les textes du rapport de la CNSA ont été approuvés par son Conseil le 12 avril 2016.

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 :

Timothé, sa maman et les professionnels qui l'accompagnent; les enfants et les professionnels de l'ITEP du Rocher à Châteaubourg (Ille-et-Vilaine); les professionnels, résidents, usagers et responsables de la maison départementale de l'autonomie d'Angers (Maine-et-Loire), de la maison Hélène de Gévezé (Ille-et-Vilaine), de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Jean-Viollet (Seine-Saint-Denis), du foyer de vie Pastel de Loire (Maine-et-Loire), de l'association de soins et d'aides à domicile de Colmar et alentour (Haut-Rhin), du centre de ressources Robert-Laplane (Paris), du SAPHMA géré par l'association Vie et avenir (Paris), du centre Saint-Jean-de-Dieu (Paris) et du village de Sésame (Rhône).

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

Direction de la publication: Geneviève Gueydan

Rédaction: Amaëlle Penon

Coordination: Florence Condroyer, Carole Jankowski et Jessie Magana

Conception graphique: confluence

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

www.cnsa.fr

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

RAPPORT 2015

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

“ En 2015, la CNSA a anticipé l’élargissement de ses missions consacré par la loi d’adaptation de la société au vieillissement. ”



“ Dans le chapitre prospectif de ce rapport, la CNSA souligne combien les territoires sont une ressource pour une société plus inclusive. ”



L'année 2015 a débuté par le dixième anniversaire de la loi du 11 février 2005 et s'est clôturée avec le lancement de la « Réponse accompagnée pour tous » sur les sites pionniers et la publication de la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) le 28 décembre. Ces temps forts témoignent que la conception des politiques de l'autonomie que la CNSA porte depuis dix ans maintenant avec ses partenaires institutionnels et sociaux, associations et fédérations, reste plus que jamais d'actualité : la personne au centre, pour une réponse à ses besoins globale, articulée et aussi inclusive que possible.

L'année 2015 a été pour la CNSA celle de la continuité et du changement. La continuité avec les activités pérennes : animation de réseau pour une harmonisation des pratiques et un appui aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et aux agences régionales de santé, suivi de l'évolution de l'offre médico-sociale, promotion de la recherche et de l'innovation, notamment. Des projets pluriannuels très structurants pour le secteur médico-social se sont poursuivis, comme la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées. **Une année de changement, avec l'anticipation de l'élargissement des missions de la CNSA, à laquelle un chapitre de ce rapport d'activité est dédié.** Sans attendre la promulgation de la loi ASV, en effet, la préfiguration des conférences des financeurs a été lancée, le portail d'information pour les personnes âgées et leurs aidants a été mis en ligne (il a dépassé le million de visiteurs en moins d'un an), les travaux préparatoires au système d'information commun des MDPH ont abouti, la doctrine de soutien financier aux projets d'aide aux aidants revue. L'appui des territoires pionniers pour la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent qui est au cœur de la « Réponse accompagnée pour tous » a été initié en novembre. Tous ces chantiers se retrouvent en bonne place dans la convention d'objectifs et de gestion dont le renouvellement a été préparé durant l'année 2015 par d'intenses travaux, qui ont abouti à une feuille de route ambitieuse pour les années 2016-2019. Ils sont aussi l'écho des ambitions formulées par la CNSA et ses partenaires à l'occasion de ses 10 ans.

Pour son chapitre prospectif 2015, le Conseil s'est saisi des politiques de l'autonomie sur les territoires. Celles-ci se déploient dans un contexte de diversité des dynamiques territoriales et de disparité des réponses apportées aux personnes, tout en tendant vers l'objectif d'égalité de traitement. Le territoire est un levier pour des politiques de l'autonomie décloisonnées. Ainsi, le rapprochement des acteurs locaux favorise l'innovation locale, et l'intelligence collective doit être soutenue au niveau national. **Le territoire est aussi une ressource pour une société plus inclusive.** La prise en compte de la parole et des préoccupations des personnes âgées et des personnes handicapées est un enjeu de démocratie locale ; les politiques de l'autonomie sont une dimension du développement local.

Plusieurs chantiers 2015 témoignent de l'actualité de ce thème. La réforme de la décentralisation s'est achevée avec l'établissement d'une nouvelle carte des régions. Plusieurs dispositions phares de la loi ASV et de la loi de modernisation de notre système de santé (également adoptée fin 2015) s'y inscrivent résolument. L'installation des conférences des financeurs doit favoriser une stratégie partagée entre les acteurs locaux de la prévention de la perte d'autonomie des aînés. La création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie est l'occasion de rapprocher les acteurs des champs du handicap et de l'âge, mais aussi ceux qui en sont extérieurs et détiennent pourtant les compétences nécessaires à l'élaboration d'autres réponses. La « Réponse accompagnée pour tous », qui a trouvé une traduction juridique dans l'article 89 de la loi Santé, porte la même ambition, celle d'un changement des organisations et des pratiques. L'enjeu est toujours le rapprochement des compétences et des moyens pour répondre mieux et dans la proximité aux besoins et aux aspirations des personnes dans le respect de leur projet de vie.

Ainsi, ce rapport d'activité 2015 reflète des projets nombreux, qui n'auraient pu aboutir sans l'implication forte et constante des partenaires et des personnels de la CNSA.

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



Page 4
ÉDITORIAL

Page 8
PROFIL
Quatre grandes missions
pour l'autonomie

Page 10
PANORAMA
Les chiffres clés
de l'aide à l'autonomie

Page 12
**FAITS
MARQUANTS
2015**
10 ans de solidarité
pour l'autonomie

COG
2012-2015

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

15 Le Conseil de la CNSA, une instance originale
Le Conseil scientifique de la CNSA
Le fonctionnement de la CNSA
Les réseaux de la CNSA :
partenaires et relais territoriaux

02 PROSPECTIVE

31 Territoires et politique de l'autonomie

03 BUDGET

86 **Chapitre 1**
Le budget exécuté en 2015 section par section

94 **Chapitre 2**
Les principales caractéristiques du budget 2015 :
progression confirmée du taux de consommation
des crédits OGD, augmentation des fonds propres

04 ACTIVITÉ

100 **Chapitre 1**
Santé et aide à l'autonomie
au service du parcours de vie

110 **Chapitre 2**
L'accompagnement et le soin par les
établissements et services médico-sociaux

118 **Chapitre 3**
Les maisons départementales
des personnes handicapées

126 **Chapitre 4**
Les aides humaines et les aides techniques

132 **Chapitre 5**
Vers la loi d'adaptation de la société
au vieillissement

138 **Chapitre 6**
Les études, la recherche, l'innovation
et la communication

146 GLOSSAIRE

LA CNSA est un 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. Elle a vu ses missions s'élargir, particulièrement avec les lois du 11 février 2005, du 21 juillet 2009 et du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

À la fois caisse, agence d'appui technique et espace public d'échanges, elle exerce ses missions dans un cadre partenarial et en lien étroit avec les acteurs nationaux et locaux de l'aide à l'autonomie. Le budget 2016 de la CNSA s'élève à 23 milliards d'euros.

Quatre grandes missions pour l'autonomie

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

La CNSA encaisse les ressources propres que constituent la contribution solidarité autonomie (CSA), c'est-à-dire le prélèvement de 0,3 % initialement compensé par la suppression d'un jour férié, le lundi de Pentecôte, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de la contribution sociale sur les revenus du capital. La Caisse gère cette ressource et garantit qu'elle est utilisée conformément à son objet.

- Elle alloue des ressources aux dix-sept agences régionales de santé (ARS). Il s'agit de l'objectif global de dépenses (OGD), qui est composé d'une partie de ses ressources propres et de l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie votée par le Parlement (ONDAM médico-social). L'OGD finance les établissements et services médico-sociaux.
- Le soutien de la CNSA à l'évolution de l'offre d'accompagnement

repose notamment sur des plans annuels d'aide à l'investissement (rénovation, modernisation, création ou agrandissement d'établissements) et sur le financement de formations pour l'amélioration continue des pratiques professionnelles (conventions avec les organismes paritaires collecteurs agréés du secteur médico-social). Elle verse un forfait autonomie aux conseils départementaux pour le financement d'actions de prévention au sein des résidences autonomie (les anciens foyers-logements).

- La CNSA compense une partie des dépenses des conseils départementaux liées aux prestations individuelles versées aux personnes âgées (l'allocation personnalisée d'autonomie - APA) et aux personnes handicapées (la prestation de compensation du handicap - PCH), ainsi qu'aux coûts de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elle contribue au financement des actions de prévention inscrites dans le programme des conférences des financeurs.
- Dans le champ de l'aide à domicile, la CNSA apporte un soutien financier à la modernisation et à la professionnalisation des services, soit en cofinçant des

plans d'action pilotés par les conseils départementaux, soit en subventionnant des acteurs nationaux.

- Elle apporte également un soutien financier à l'accompagnement des proches aidants.
- Ce rôle de caisse s'accompagne d'une exigence de suivi rigoureux de la dépense, qui suppose 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.

2 Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire national, quel que soit l'âge ou 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 leur harmonisation sur le territoire national.

- Elle travaille étroitement avec les ARS, lesquelles s'appuient sur l'expertise et les recommandations de la CNSA.

- Dans le cadre des conventions pluriannuelles signées avec les conseils départementaux (renouvelées en 2016), elle propose un soutien technique et juridique (échanges d'informations réguliers, travaux collectifs d'élaboration d'outils communs et de capitalisation, accompagnement et suivi d'expérimentations, diffusion de bonnes pratiques) aux professionnels des MDPH, aux équipes médico-sociales des conseils départementaux et aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.
- Elle assure le pilotage national de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), qui est déployée depuis 2011. Ce dispositif favorise une meilleure articulation des différents acteurs au service des personnes âgées sur un territoire.
- Au niveau national, la CNSA porte le deuxième schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares (2014-2018). Elle suit l'achèvement des grands plans de création de places pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ainsi que la mise en œuvre des plans nationaux relatifs à l'autisme, aux maladies rares ou encore aux maladies neurodégénératives.

3

Assurer une mission d'information auprès du grand public

La loi ASV donne à la CNSA une mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leur famille. Le portail Internet d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches, www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, a été mis en ligne dès juin 2015.

Il s'inscrit dans le chantier de service public d'information en santé prévu par la loi de modernisation de notre système de santé. La refonte du site institutionnel de la CNSA (www.cnsa.fr) a été conçue en même temps et dans le même objectif.

4

Assurer une mission d'expertise et de soutien à la recherche et à l'innovation

L'action de la CNSA dans le domaine scientifique a pour objectif le développement de l'innovation et de la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, par le biais d'appels à projets de recherche et d'appels à projets innovants thématiques. Elle soutient aussi des projets d'étude ou d'actions innovantes par des subventions directes.

- La CNSA inscrit son action dans une conception globale de la santé des personnes. Elle apporte sa contribution à différents plans de santé publique, cherchant par exemple à faciliter l'articulation entre les MDPH et les acteurs du secteur sanitaire (hôpitaux, professionnels de santé libéraux et en exercice coordonné), ou à organiser 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 ainsi contribuer à l'autonomie et à l'amélioration de la qualité de vie) et d'attribution de la prestation de compensation du handicap. Elle apporte une expertise à ses différents partenaires institutionnels.

FOCUS

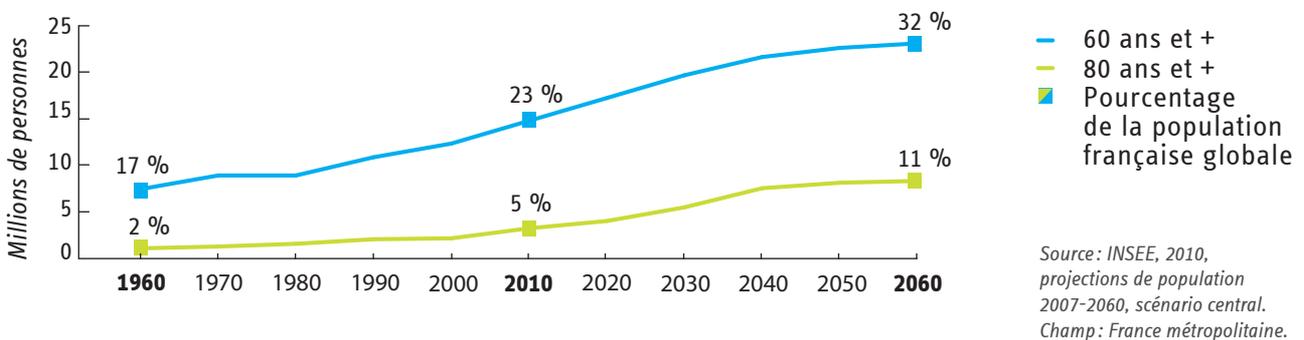
Une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA

Les axes stratégiques de la CNSA sont définis dans une convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État. La COG 2016-2019 s'inscrit dans la continuité de la COG 2012-2015, tout en précisant le rôle de la CNSA dans les chantiers nouveaux et structurants pour le secteur médico-social. Elle est organisée autour de cinq axes stratégiques :

- mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective ;
- améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée ;
- construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours ;
- garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense ;
- améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse.

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



* Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 2000 et 2013



Source : Eurostat 2015.

NB : En 2015, l'espérance de vie à la naissance est de 78,9 ans pour les hommes et de 85,0 ans pour les femmes.
Source : INSEE, 2012.

+ 61 %

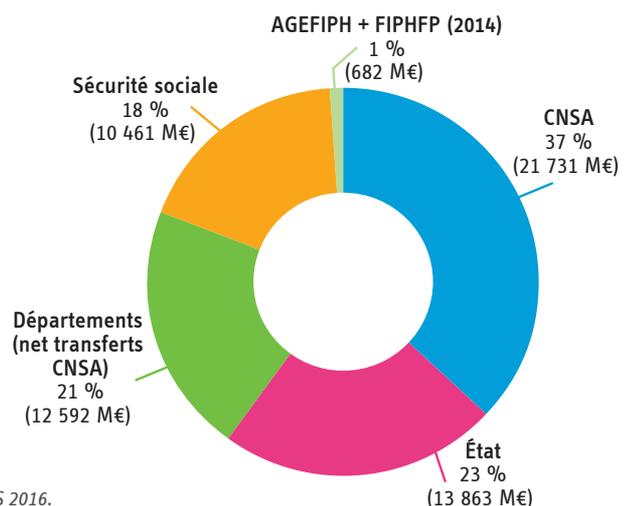
C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2015 pour atteindre 17,7 milliards d'euros.

Source : LFSS 2015.

23,1 Md€

C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2016, soit +63 % depuis 2006.

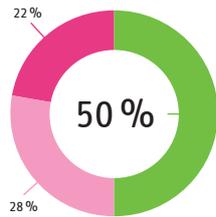
* Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2014 : 59,3 milliards d'euros



Source : LFSS 2016.

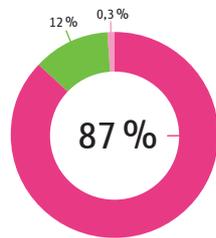
Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

593 005 : c'est le nombre global de places pour personnes âgées dépendantes en 2015. 50 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes se trouvent dans des établissements publics, 28 % dans des établissements privés à but lucratif et 22 % dans des établissements privés à but non lucratif.



Source : Finess, janvier 2015.

490 000 : c'est le nombre global de places pour personnes handicapées en 2015. 87 % des places pour personnes handicapées dans des établissements financés au moins en partie par l'Assurance maladie appartiennent au secteur privé non lucratif, 12 % au secteur public et moins de 1 % au secteur privé commercial.



Source : Finess, janvier 2015.

18 235

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

Source : Statiss 2015.

184 000

personnes ont été payées au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) en décembre 2015. Ainsi, 46,4 % des demandes de PCH ont donné lieu à une décision d'accord.

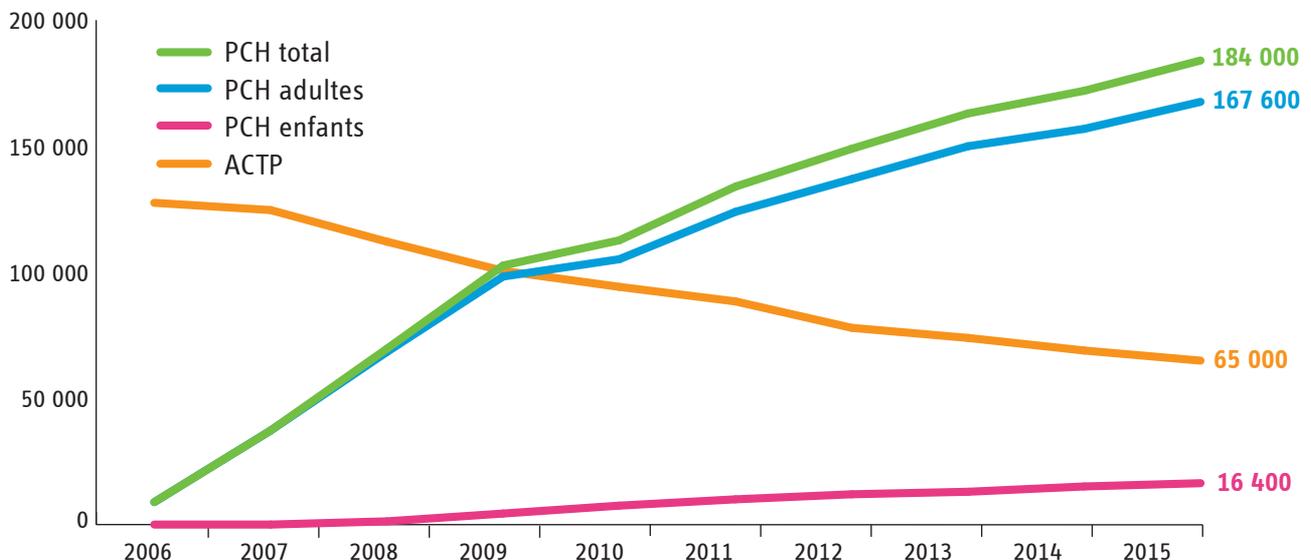
Source : DREES, enquête 4^e trimestre 2015 et questionnaire mensuel, CNSA 2016.

1 249 490

C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2014, dont 738 160 à domicile et 511 330 en établissement.

Source : DREES (enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale 2014).

* Évolution 2006-2015 du nombre d'allocataires de la PCH et de l'ACTP



Source : Enquêtes trimestrielles sur la PCH auprès des conseils départementaux, DREES 2016.

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

FÉVRIER

Loi du 11 février 2005 Le bilan d'une loi fondatrice



Promulguée il y a dix ans, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées porte l'ambition d'une autre prise en compte du handicap par la société. Loi fondatrice, elle est aussi fondamentale et indissociable de la CNSA, dont elle a élargi le périmètre des missions, six mois après sa création par la loi du 30 juin 2004.

Page 44

FÉVRIER

Plan Autisme Répartition de la deuxième tranche du plan Autisme



Le plan Autisme 2013-2017 prévoit de créer 3 400 nouvelles places et de faire évoluer l'offre existante. La CNSA a notifié aux ARS en décembre 2013 puis en février 2015 le montant dont elles disposent sur la durée du plan pour lancer des appels à projets. Les crédits seront alloués dès 2016.

Page 107

MARS

Dématérialisation des échanges de données Première campagne de dépôt des comptes administratifs dans ImportCA

ImportCA, l'application créée par la CNSA pour la transmission dématérialisée des comptes administratifs des ESMS aux ARS, est entrée en service pour la campagne 2015. À terme, tous les budgets prévisionnels et comptes administratifs seront remontés par un unique portail de service. Au même moment, la CNSA a lancé l'application SEPPIA pour le suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations. L'application GALAAD a été refondue dès janvier 2015. Elle permet de déterminer le budget « dépendance et soins » des établissements.

Page 116

10 ans de solidarité pour l'autonomie

JUIN

Les 10 ans de la CNSA Une journée pour dresser le bilan et dessiner l'avenir de la CNSA



Le 17 juin, la CNSA a réuni les acteurs qui ont contribué à sa fondation, celles et ceux qui l'animent et avec lesquels elle travaille au quotidien (représentants associatifs, institutionnels nationaux et locaux, professionnels, chercheurs, etc.). Ils ont débattu de l'évolution des politiques de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées depuis dix ans et des nouveaux défis à relever. À cette occasion, son nouveau site Internet a été mis en ligne.

Page 145

JUIN

Informers le grand public sur les droits Ouverture du portail national d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr



Ce site Internet a été ouvert par la CNSA en préfiguration de la loi ASV, qui lui donne une mission d'information d'information du grand public. Il détaille les droits, aides et démarches, présente l'offre d'accompagnement à domicile et avec hébergement, propose un annuaire avec géolocalisation des établissements et services médicalisés et des points d'informations locaux, ainsi qu'un simulateur de reste à charge en EHPAD.

Page 132

JUIN

Prévention de la perte d'autonomie Préfiguration des conférences des financeurs



Vingt-quatre territoires se sont portés volontaires pour anticiper la création de ce cadre de cohérence des actions et du financement de la prévention de la perte d'autonomie prévue par la loi ASV. La préfiguration des conférences des financeurs a permis à la CNSA de coconstruire, avec l'ensemble des acteurs concernés, une méthodologie d'accompagnement qui tient compte des difficultés et des interrogations émanant du terrain.

Page 132

JUILLET

Soutien aux initiatives de terrain

Lancement des premiers appels à projets thématiques



Ce nouveau vecteur de soutien à l'innovation s'inscrit dans le contexte de la loi ASV. Les thèmes retenus sont l'aide aux aidants et l'économie circulaire appliquée aux aides techniques. Les projets innovants sélectionnés doivent pour les premiers faciliter l'accès aux dispositifs d'aide, en particulier grâce au recours aux nouvelles technologies ; pour les seconds, permettre d'identifier de bonnes pratiques de distribution, de recyclage ou de mise à disposition d'aides techniques.

Page 142

NOVEMBRE

Convention d'objectifs et de gestion entre la CNSA et l'État Séminaire du Conseil



Après une présentation du bilan de la COG 2012-2015 et des perspectives de la COG 2016-2019 lors du Conseil de juillet, les membres se sont réunis le 3 novembre pour en partager les orientations stratégiques. Celles-ci s'inscrivent dans la continuité de dix ans d'existence de la CNSA, ainsi que dans un contexte marqué par des réformes nombreuses et structurantes pour le secteur médico-social.

Page 28

NOVEMBRE

« Réponse accompagnée pour tous »

Lancement du « dispositif d'orientation permanent »

La mobilisation des territoires volontaires pour initier d'autres pratiques d'orientation des personnes handicapées a été lancée le 10 novembre par la CNSA et le ministère de la Santé. La CNSA pilote ce dispositif inscrit dans la mission « Une réponse accompagnée pour tous », lancée après la publication du rapport « Zéro sans solution ». À ce titre, elle anime le réseau des vingt-trois sites pionniers, leur apporte un appui méthodologique et capitalisera les expériences.

Page 44

DÉCEMBRE

Adaptation de la société au vieillissement

Loi « ASV » du 28 décembre 2015

La loi répond à trois grands enjeux : simplifier la vie des personnes âgées et de leurs familles en améliorant leur accompagnement à domicile par une revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie et l'instauration d'un « droit au répit » pour les aidants, mieux protéger les personnes les plus vulnérables, fédérer les acteurs nationaux et locaux autour d'une stratégie commune de prévention et d'action pour mieux répondre aux situations de perte d'autonomie. Les compétences de la CNSA sont étendues. La CNSA a préfiguré plusieurs dispositions courant 2015.

Page 132

DÉCEMBRE

MAIA

Lancement de l'évaluation des MAIA



La première réunion du comité de pilotage s'est tenue le 9 décembre. L'objectif de la démarche, qui doit aboutir fin 2016, est de dresser un bilan objectif et partagé du déploiement des MAIA : diversité des fonctionnements, efficacité perçue et efficacité, facteurs obstacles et facilitateurs. La cartographie et la capitalisation des modèles de déploiement MAIA doivent permettre d'améliorer leur fonctionnement opérationnel, ainsi que leur pilotage stratégique par les ARS et la CNSA. Cette démarche apportera des enseignements sur l'articulation des différents dispositifs de coordination.

Page 103

DÉCEMBRE

Handicaps rares

Publication du deuxième Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018



Prenant appui sur l'avancée des connaissances et des actions initiées dans le premier schéma 2009-2013, celui-ci vise à renforcer la reconnaissance de situations de handicap peu nombreuses, très spécifiques, particulièrement complexes et difficiles à repérer, à évaluer et à prendre en charge.

Page 106



Chapitre 1

**Le Conseil de la CNSA,
une instance originale**
page 16

Chapitre 2

**Le Conseil scientifique
de la CNSA**
page 20

Chapitre 3

Le fonctionnement de la CNSA
page 21

Chapitre 4

**Les réseaux de la CNSA :
partenaires et relais
territoriaux**
page 26

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.

1 Le Conseil de la CNSA, une instance originale

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

La large ouverture et la mixité de sa composition

Le Conseil est composé de 48 membres, qui représentent les partenaires sociaux, confédérations syndicales de salariés et organisations d'employeurs représentatives, les associations de personnes âgées et de personnes handicapées, les institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse, l'État, les conseils départementaux, ainsi que deux parlementaires. Trois personnalités qualifiées sont désignées par le ministre chargé de la Santé. La loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit l'intégration au Conseil des représentants des organismes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

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

La pondération des votes en son sein

L'État, avec dix représentants, dispose de trente-sept voix sur un total de quatre-vingt-trois. Il ne dispose donc pas de la majorité. 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.

La présidence du Conseil de la CNSA au 1^{er} mars 2016

Le Conseil est présidé par Paulette Guinchard, ancienne députée et secrétaire d'État chargée des Personnes âgées.

Les vice-présidents sont Jean-Louis Garcia (APAJH) et Sylvain Denis (FNAR). Ils représentent respectivement les associations de personnes handicapées et de personnes âgées.

La composition du Conseil au 1^{er} mars 2016



6 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 (APAJH)

Suppléante : Régine Clément

Fédération des associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21 (FAIT 21)

Alain Rochon

Association des paralysés de France (APF)

Suppléante : Mathilde Fuchs

Coordination handicap et autonomie (CHA)

Béatrice Borrel

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

Suppléant : Bernard Laferrière

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

Christel Prado

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

Suppléante : Danièle Langlois

Autisme France

Christophe Duguet

Association française contre les myopathies (AFM)

Suppléant : Vincent Michel

Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CNPSAA)

Arnaud de Broca

Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)

Suppléant : Didier Voïta

Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (UNISDA)



6 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 (FNAR)

Suppléant : Pierre Erbs

Génération Mouvement - fédération nationale

Pascal Champvert

Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Suppléant : Didier Sapy

Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Francis Contis

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

Suppléant : Thierry d'Aboville

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

Benoît Jayez

Union confédérale Force ouvrière des retraités et des préretraités

Suppléant : François Ferraguti

Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat (FENARA)

Joël Jaouen

Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées (France Alzheimer)

Suppléant : Jean de Gaullier

Fédération nationale Adessadomicile

Serge Reingewirtz

Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)

Suppléant : Claudy Jarry

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



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

Bérendère Poletti

Vice-présidente du conseil départemental des Ardennes

Suppléante : Agnès Chantereau

Conseillère départementale du Loiret

Gérard Deriot

Sénateur, président du conseil départemental de l'Allier

Suppléante : Geneviève Mannarino

Vice-présidente du conseil départemental du Nord

Christian Gillet

Président du conseil départemental du Maine-et-Loire

Suppléante : Sylvie Lachaize

Vice-présidente du conseil départemental du Cantal

Jean-Pierre Marcon

Président du conseil départemental de la Haute-Loire

Suppléant : Bernard de La Hamayde

Vice-président du conseil départemental de l'Aube

Pierre Camani

Président du conseil départemental du Lot-et-Garonne

Suppléante : Magalie Thibault

Vice-présidente du conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Michel Dagbert

Président du conseil départemental du Pas-de-Calais

Suppléant : Pascal Terrasse

Député, conseiller départemental de l'Ardèche



5 représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et leurs cinq suppléants

Confédération générale du travail (CGT)

Titulaire : Sylviane Spique
Suppléante : Solange Fasoli

Confédération française démocratique du travail (CFDT)
Titulaire : Jean-François Cimetière
Suppléante : Martine Dechamp

Force ouvrière (FO)
Titulaire : Philippe Pihet
Suppléant : Paul Virey

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

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



3 représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives et leurs trois suppléants

Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Titulaire : Olivier Peraldi
Suppléante : Agnès Canarelli

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

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



10 représentants de l'État

Jean-Philippe Vinquant
Directeur général de la cohésion sociale

Thomas Fatome
Directeur de la Sécurité sociale

Denis Morin
Directeur du budget

Florence Robine
Directrice générale de l'enseignement scolaire

Carine Chevrier
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

Bruno Desol
Directeur général des collectivités locales

Étienne Petitmengin
Secrétaire général du Comité interministériel du handicap



2 parlementaires

Un député en attente de désignation

René-Paul Savary
Sénateur de la Marne



7 représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse et leurs sept suppléants

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Titulaire : Michelle Dange
Suppléant : Olivier Bachellery

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOOSS)

Titulaire : Johan Priou
Suppléant : Thierry Couvert-Leroy

Fédération hospitalière de France (FHF)

Titulaire : Annie Lelièvre
Suppléant : Éric Jullian

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)

Titulaire : Adeline Leberche
Suppléant : David Causse

Mutualité sociale agricole (MSA)

Titulaire : Pascal Cormery
Suppléant : Thierry Manten

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)

Titulaire : Florence Arnaiz-Maumé
Suppléant : Éric Fregona

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Titulaire : Joëlle Martinaux
Suppléant : Hélène-Sophie Mesnage



3 personnalités qualifiées

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

Pénélope Komitès
Conseillère de Paris, adjointe à la maire de Paris, conseillère déléguée auprès de la maire du XII^e arrondissement de Paris en charge des affaires sociales, de la santé et de la solidarité

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

La composition du Conseil de la CNSA modifiée par la loi ASV

La CNSA prépare l'élargissement de son Conseil : les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse seront représentés dès publication du décret d'application (article L. 14-10-3 du CASF).

Un troisième vice-président sera élu parmi les représentants des conseils départementaux, en plus des vice-présidents issus des associations de personnes âgées et de personnes handicapées.

2 Le Conseil scientifique de la CNSA

Le 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 la directrice. Il a un rôle d'orientation de l'action scientifique de la Caisse. Il apporte son expertise à la direction de la Caisse sur les sujets qui relèvent de son champ de compétences. Il se réunit deux fois par an.

La présidence du Conseil scientifique

Le Conseil scientifique¹ est présidé par **Marie-Ève Joël**, le vice-président étant **Jean-Yves Barreyre**.

1. Article R. 14-10-23 CASF

12 experts dans le domaine de compétences de la CNSA

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

Amaria Baghdadli • PU-PH, 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 ANCREAL Île-de-France

Sylvie Bonin Guillaume • PU-PH en gériatrie-psychiatrie 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 • Magistrat 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 • PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie, épidémiologie et sociologie du vieillissement à Toulouse

Marie-Ève Joël • Professeure de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine

Alain Leplège • Professeur des universités, département histoire et philosophie des sciences, université Paris 7 – Denis-Diderot, chercheur statutaire et directeur adjoint du REHSEIS (Recherches épistémologiques et historiques sur les sciences exactes et les institutions scientifiques), université Paris 7

Régine Scelles • Professeur de psychopathologie, université Paris-Ouest, déléguée scientifique AERES

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

10 membres représentant un ministère ou un organisme

Didier Charlanne • Directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Patrick Aubert • Sous-directeur chargé de l'observation de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales

Meriam Barhoumi • Adjointe au chef du département « métiers et qualifications », Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé du Travail

Benoit Lavallart • Direction pour la stratégie, la recherche et l'innovation du ministère chargé de la Recherche

Juliette da Costa Moreira • Direction générale de l'enseignement scolaire du ministère chargé de l'Éducation nationale (DEGESCO)

Emmanuelle Cambois • Démographe, représentant l'Institut national des études démographiques (INED)

Isabelle Ville • Psychosociologue, représentant l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

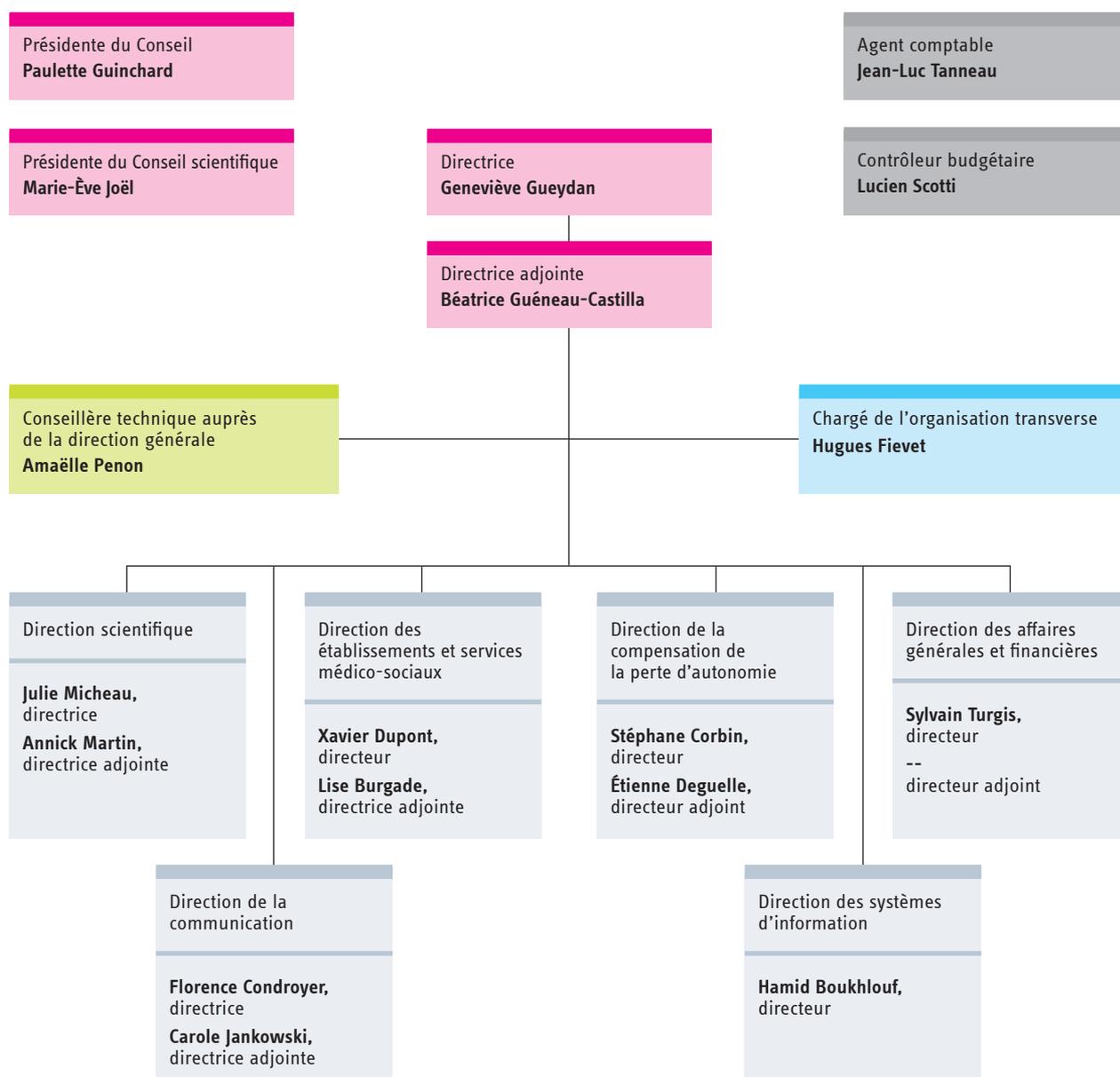
Martine Bungener • Déléguée scientifique auprès de l'Institut des sciences biologiques, représentant le CNRS

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

Jacques Pélissier • Chef du service de médecine physique et de réadaptation au CHU de Nîmes, représentant la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

3 Le fonctionnement de la CNSA

L'organisation de la CNSA (organigramme au 1^{er} mars 2016)



L'organigramme des directions de la CNSA est disponible 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.

L'équipe de direction s'est renouvelée en 2015, avec l'arrivée successivement de Julie Micheau, directrice scientifique, de Sylvain Turgis, directeur des affaires générales et financières, de Béatrice Guéneau-Castilla, directrice adjointe, et d'Amaëlle Penon, conseillère technique auprès de la direction générale. Stéphane Corbin a pris la direction de la compensation à la suite de Jérémie Le Fouiller en mars 2016. Lise Burgade est désormais adjointe à la direction des établissements et services médico-sociaux.



La direction scientifique

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

Elle apporte son expertise à différents projets des directions métiers. Elle mène avec la direction générale un plan d'action sur l'évaluation des politiques publiques. Elle assure le lien avec le Conseil scientifique.

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 stratégie de communication de la Caisse, en appui des missions des directions métiers.

À cette fin :

- elle coordonne la politique éditoriale de la CNSA, assure la production des publications et contribue à leur diffusion ;
- elle est responsable de l'animation éditoriale du site Internet (refondu en juin 2015) et du portail dédié aux personnes âgées et à leurs aidants (mis en ligne en juin 2015) ;
- elle vient en appui des autres directions dans la mise en œuvre d'actions de communication ;
- elle assure l'organisation des rencontres scientifiques de la CNSA tous les deux ans ainsi que le prix annuel « Lieux de vie collectifs et autonomie ». Elle est chargée des relations avec les médias.

Elle contribue à la veille et à la gestion documentaire de la CNSA. Elle est responsable de la conception et de la mise en œuvre de la charte graphique.

La direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS)

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.

Elle assure le copilotage de la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées SERAFIN-PH (2014-2017) avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

La direction de la compensation de la perte d'autonomie

Cette direction assure un appui aux acteurs de terrain dans la mise en œuvre de 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.

Elle est chargée :

- de l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées (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).

Depuis 2015, elle est responsable de deux chantiers pluriannuels majeurs : le pilotage national du « dispositif permanent d'orientation », ainsi que la conception et la mise en œuvre du système d'information (SI) commun aux MDPH.

La direction des systèmes d'information (DSI)

La DSI élabore et met en œuvre la politique de la CNSA en matière de SI, 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 ARS, les MDPH et les services des collectivités territoriales.

Les principales missions confiées à la DSI consistent à :

- établir, mettre en application et piloter le schéma directeur des systèmes d'information;
- 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, réseau et télécommunication nécessaire au fonctionnement de la CNSA;
- apporter un support aux utilisateurs.

En 2015, la DSI a poursuivi ses travaux de fiabilisation des infrastructures (stockage, sauvegarde, messagerie), de développement de nouveaux services aux agents de la CNSA et d'évolution des systèmes d'information métiers. Elle a notamment, avec la direction de la compensation, piloté les études préparatoires aux SI des MDPH et de suivi des orientations. En collaboration avec la direction de la communication, elle a mis en service le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Enfin, elle a poursuivi sa participation à la gouvernance des systèmes d'information du champ de l'autonomie.

La direction des affaires générales et financières (DAGF)

La DAGF est chargée de l'administration générale de la Caisse. 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'Objectif global de dépenses – OGD) ;
- elle gère les concours versés par la Caisse aux départements (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et APA 2, prestation de compensation du handicap – PCH –, MDPH, conférence des financeurs, forfait autonomie pour les résidences autonomie) ;
- 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 chargée 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.

Au titre de l'ensemble des autres fonctions de l'administration générale, la DAGF est responsable de :

- la mise en œuvre des politiques de gestion des ressources humaines et du dialogue social ;
- la gestion de l'appui logistique ;
- la conformité à la réglementation de la commande publique des commandes passées par la Caisse.

L'équipe de la DAGF a été particulièrement mobilisée en 2015 par la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion budgétaire et comptable publique avec l'agence comptable, ainsi que par le réaménagement des locaux de la Caisse, la structuration de la communication interne et les travaux autour de la loi ASV sur les nouveaux concours financiers.



L'agence comptable

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

Le personnel de la CNSA

Pour l'année 2015, le plafond d'emploi de la CNSA était de 119,20 équivalents temps plein (ETP) : il a été augmenté en 2014 et 2015 pour mener les préfigurations nécessaires à la mise en œuvre de la loi ASV ainsi que la réforme de la tarification dans le champ du handicap.

Au 31 décembre 2015, 125 personnes étaient sous contrat avec la CNSA : 80 en CDI et 3 en CDD sous contrat de droit privé relevant de la convention UCANSS, 20 en détachement de la fonction publique (d'État, territoriale et hospitalière) et 22 en CDD sous contrat de droit public. Trois médecins sont également mis à disposition de la CNSA contre remboursement.

La CNSA est en majorité féminine. En effet, au 31 décembre 2015, les femmes représentaient 68 % de la population totale. La moyenne d'âge était de 44 ans pour les hommes et de 42 ans pour les femmes.

La CNSA a accueilli 9 stagiaires au sein des directions métiers et supports.

À la fin de l'année 2015, la CNSA employait 5 travailleurs reconnus handicapés.

4 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 en appui aux acteurs locaux.

La Caisse a une double fonction de financement (elle répartit l'essentiel des moyens de son budget) et d'animation (elle garantit l'efficacité et l'équité dans la compensation 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. Elle tire sa légitimité de son offre de services développée avec et pour les acteurs de terrain.

Les agences régionales de santé

Les ARS sont le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux, leur mission de 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. Les ARS constituent aussi des relais de terrain pour des actions relatives au soutien du secteur de l'aide à domicile et à sa modernisation dans les départements avec lesquels la CNSA n'a pas signé de convention, au financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), et au déploiement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

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 des prestations individuelles (APA, PCH), qui sont partiellement couvertes par un concours financier de la CNSA, calculé en tenant compte de leurs charges et de leur potentiel fiscal.

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

Conformément à la loi ASV, la CNSA verse de nouveaux concours dédiés à la prévention de la perte d'autonomie. Ils sont destinés au financement du forfait autonomie des résidences autonomie (les anciens foyers-logements), ainsi qu'au financement d'actions concernant les aides techniques, les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD) et les autres actions collectives de prévention décidées par les conférences des financeurs. Ces dernières ont aussi été créées par la loi ASV. La Caisse soutient leur mise en place par un accompagnement régional et national, la création d'outils et de supports favorisant l'échange de bonnes pratiques.

Le versement des concours financiers par la CNSA au conseil départemental est conditionné à la signature d'une convention pluriannuelle (2,454 Md€ en 2015 pour l'APA, la PCH et les MDPH).

La CNSA entretient des liens réguliers avec l'Assemblée des départements de France (ADF), l'Association nationale des directeurs de l'action sociale et de santé (ANDASS) et l'Association des directeurs de MDPH (ADMDPH).

FOCUS

La convention pluriannuelle nouvelle génération (2016-2019)

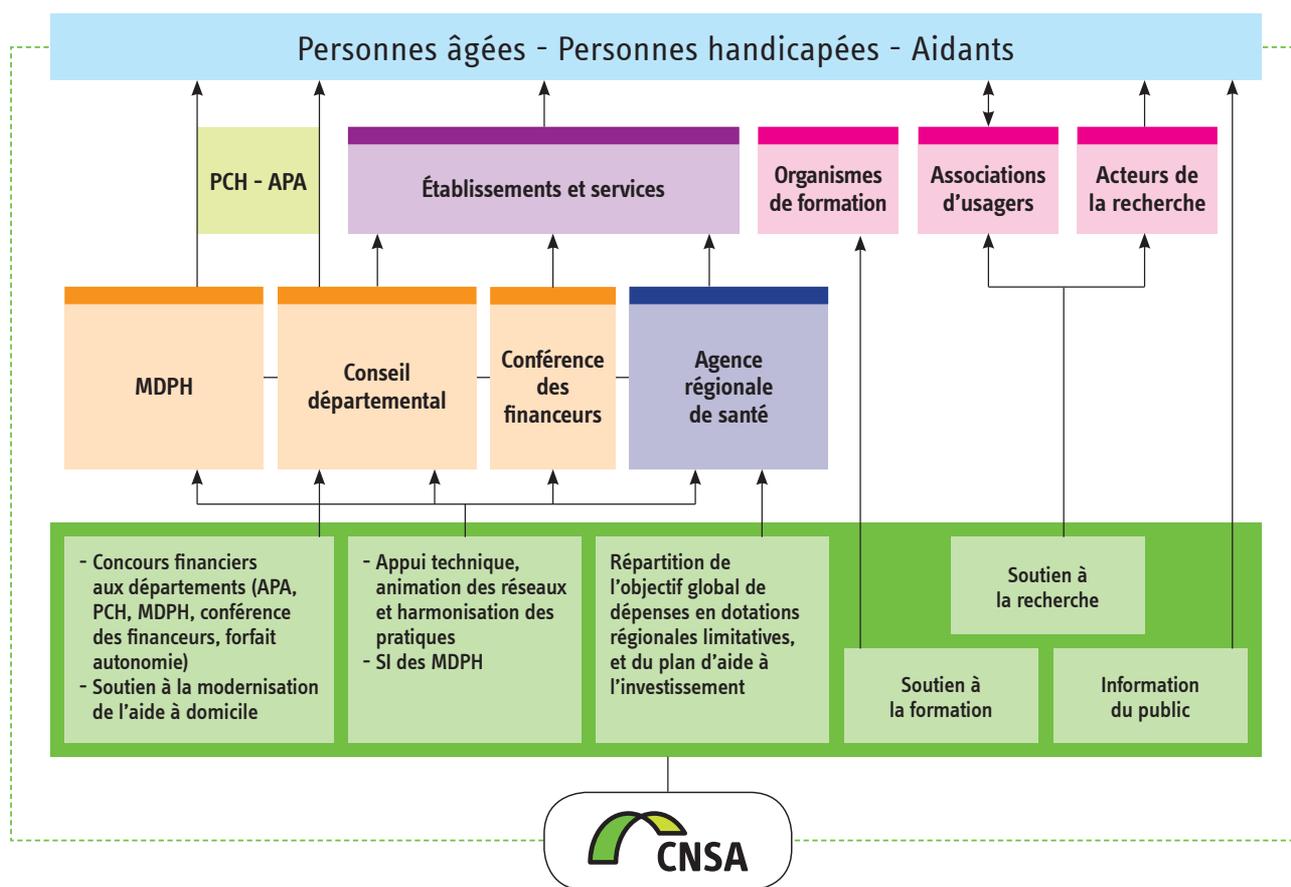
Le Conseil a approuvé en novembre 2015 la convention pluriannuelle type, modifiée conformément au cadre juridique porté par la loi ASV (article L. 14-10-7 du CASF). Elle est structurée en cinq chapitres :

- la promotion de la qualité, l'efficacité et l'équité de traitement dans le service rendu aux personnes handicapées et aux personnes âgées;
- le développement de la prévention et l'aide aux aidants, ainsi que l'amélioration de la qualité des services de soutien à domicile;
- les concours financiers de la CNSA au département et à la MDPH;

- les échanges de données entre la CNSA, la MDPH et le département;
- la promotion de l'innovation et de l'expérimentation.

Le périmètre de la convention pluriannuelle a été élargi aux missions nouvelles confiées à la CNSA :

- qualité de service et équité de traitement des bénéficiaires de l'APA (animation des équipes médico-sociales, référentiel d'évaluation multidimensionnelle);
- conférence des financeurs et politique d'aide aux aidants;
- labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA);
- portail d'information des personnes âgées;
- financements nouveaux prévus par la loi (conférence des financeurs, APA 2);
- mise en place du système d'information commun des MDPH.



FOCUS

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

La loi ASV crée le CDCA¹ en remplacement du CODERPA et du CDCPH. Le CDCA assure la participation des personnes handicapées et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Par exemple, il est consulté pour avis sur les rapports d'activité de la MDPH et de la conférence des financeurs. Il donne son avis sur la constitution d'une maison départementale de l'autonomie en remplacement de la MDPH. Il remet un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département à la CNSA, au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Présidé par le président du conseil départemental, il est composé notamment de représentants associatifs, de l'ARS et de services de l'État.

La création du CDCA est portée par une approche convergente et citoyenne de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie. Un décret doit préciser les modalités de mise en œuvre des CDCA.

1. Art. L. 149-1 du CASF.

La tutelle et les partenaires institutionnels

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG), dont le texte est disponible sur son site Internet. La deuxième COG avait été signée en février 2012. La préparation de la troisième a été engagée dès 2015 pour la période 2016-2019. Elle a été approuvée par le Conseil le 9 février 2016.

Un comité de suivi réunit la CNSA et les directions d'administration centrale (DGCS, DGOS, DSS, DB, DREES, SGMAS², contrôleur budgétaire) pour faire le point sur l'avancement des actions. Le Conseil de la CNSA est tenu informé de la mise en œuvre de la COG.

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

2. 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.

- 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;
- CNAMTS, en cours de renouvellement;
- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) / 11 décembre 2009;
- Autres caisses d'assurance maladie (Établissement national des invalides de la Marine (ENIM), Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), etc.).

Des partenaires dans le champ médico-social

Depuis leur création, la CNSA est membre du GIP Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM - 2007), des conseils de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP - 2009) et de l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé - 2009). Elle contribue aux travaux de ces agences et à leur suivi.

Son partenariat avec l'ASIP s'est renforcé en 2014 et 2015 autour de deux chantiers importants qui nécessitaient son expertise : les travaux préparatoires au SI commun des MDPH et l'intégration d'un outil d'évaluation multidimensionnel dans les SI des structures fournissant un service de gestion de cas (dispositif MAIA).

Une convention-cadre (2013-2015) lie la CNSA à l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) pour la préparation et la réalisation d'études et enquêtes nationales de coûts.

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 :

- la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF);
- 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 nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
- l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- la Fondation de coopération scientifique Alzheimer ;
- L'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI).

Les autres partenaires du secteur

La CNSA entretient également des relations partenariales avec les associations et fédérations représentatives des personnes handicapées, des personnes âgées et des organismes gestionnaires. Cela se traduit par des conventions (notamment pour la modernisation et 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 de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, qui associe largement les acteurs du secteur dans sa gouvernance et ses travaux techniques).

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 traduit dans 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 deux 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 COG avec l'État.



PROSPECTIVE

02

Territoires et politique l'autonomie

Les politiques de l'autonomie
face à la diversité des
dynamiques territoriales et
à la disparité des réponses
page 33

Le territoire comme levier
de politiques de l'autonomie
décloisonnées
page 44

Le territoire comme ressource
pour une société inclusive
page 57

Synthèse
page 67

Récapitulatif des
préconisations du Conseil
page 70

Résumé du chapitre
de bilan en « facile à lire
et à comprendre »
page 72

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 très largement adoptées.

Dans un contexte de politiques de l'autonomie décentralisées et déconcentrées, le présent chapitre explore des enjeux forts, auxquels les préconisations du Conseil contribuent à répondre : Comment réduire la disparité des réponses ? Comment soutenir des initiatives locales decloisonnées ? Comment faire des territoires une ressource pour une société inclusive ?

Les politiques de l'autonomie sont largement décentralisées et déconcentrées. Elles sont fortement ancrées sur les territoires, comme les personnes en situation de handicap et les personnes âgées auxquelles elles s'adressent, ainsi que les acteurs qui les mettent en œuvre.

Au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local, la CNSA est un **acteur national au service de ces dynamiques territoriales**. Garante de par la loi de l'égalité et de l'équité de traitement mais sans leviers d'action « coercitifs », elle agit par l'animation, la production d'outils partagés et l'harmonisation des pratiques. Elle peut nourrir le diagnostic et le débat.

Considérer la personne âgée et la personne en situation de handicap comme **habitantes** et **citoyennes** de leur territoire de vie, et le territoire comme une **ressource** et un **cadre de cohérence** pour l'action, est ce qui peut faire sens face à la **diversité** et à la **complexité** de la dimension territoriale des politiques de l'autonomie.

La diversité des territoires est d'abord **géographique, sociodémographique, en termes d'offre de services** notamment sanitaire et médico-social. La diversité est aussi celle des **registres territoriaux** : des habitants, de la programmation de l'offre, de la répartition des compétences. La complexité tient notamment aux **différents échelons** de responsabilité institutionnelle, décentralisée et déconcentrée, qui s'y superposent : de proximité (local), de cohérence (départemental), de programmation (régional), de régulation (national).

Cette réalité hétérogène peut être source de **complexité** pour l'action, d'**illisibilité** et d'**inégalités** pour les personnes directement concernées.

Mais elle engendre également de la **capacité à innover** et à **s'adapter** à des réalités contrastées. Et chaque territoire est riche de ressources et d'énergies à mobiliser pour mettre en œuvre des politiques de l'autonomie conçues dans une **logique inclusive**, afin de toucher aux différentes dimensions de la vie et au lien social.

Les politiques de l'autonomie visent à compenser la perte d'autonomie et le handicap individuellement et collectivement, avec une dimension de **prévention** qui a vocation à s'affirmer. Elles appellent des **approches transversales** pour mieux prendre en compte les différentes dimensions de la fragilité et de la vulnérabilité et apporter aux personnes des réponses plus cohérentes, à partir des ressources présentes sur les territoires. Inscrites dans le champ des politiques sociales et de santé, elles ne s'y résument pas : d'autres politiques, très liées au territoire, sont des leviers majeurs au service de l'autonomie concrète des personnes : logement, transport, urbanisme, éducation, emploi, culture ou sport.

Dans ce contexte, le lien dynamique entre territoires et politiques de l'autonomie renvoie à de nombreux **enjeux d'avenir** qui doivent être réfléchis et travaillés **collectivement**.

Il est ici appréhendé selon trois approches complémentaires : l'observation de la diversité des territoires pour la réduction de la disparité des réponses ; le décroisement des politiques de l'autonomie et le soutien aux initiatives locales ; la société inclusive et le développement local.

1

Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses



Les politiques de l'autonomie se déploient dans un contexte de diversité des dynamiques territoriales et de disparité des réponses sur les territoires :

- diversité des caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques ;
- disparité de l'offre, marquée par le temps long de l'histoire des politiques sociales ;
- diversité des politiques locales, sur fond de décentralisation de l'action sociale, dont l'enjeu a été de mieux répondre aux besoins sur les territoires autour d'un projet politique.

Face à cette diversité, le Conseil de la CNSA affirme que l'impératif d'égalité de traitement quel que soit le territoire de vie doit d'autant plus être mis en avant.

A. Rendre lisible la diversité des territoires et des pratiques locales pour réduire les inégalités

La réduction des inégalités entre et sur les territoires suppose d'en identifier les déterminants

et les traductions. Le partage de ces diagnostics entre les acteurs est un préalable à la définition de stratégies partagées.

Anticiper l'évolution des territoires et des besoins sociaux

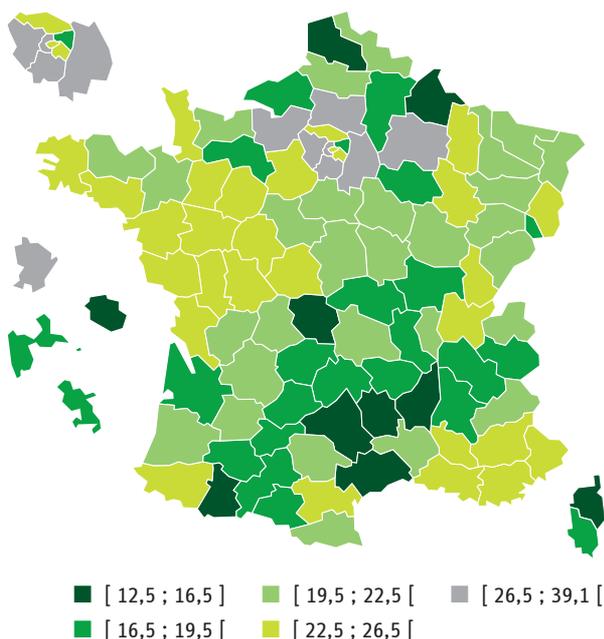
Identifier les déterminants de la diversité territoriale

La diversité territoriale dans laquelle s'inscrivent les politiques de l'autonomie est avant tout géographique, démographique (densité et pyramide des âges), socio-économique (revenus, emploi), mais se lit aussi dans l'accès aux services et aux équipements. Elle s'inscrit dans le temps long des territoires et dans des dynamiques territoriales qu'il s'agit d'anticiper.

Les phénomènes de vieillissement de la population sont ainsi inégaux selon les territoires et n'ont pas la même portée dans les zones urbaines denses ou sur des territoires ruraux en déprise

démographique. Certaines campagnes sont en voie de désertification, confrontées à la fermeture des services publics et des commerces, à des problèmes de desserte en transports en commun conjugués à un habitat dispersé, et insuffisamment couvertes par les services d'aide et d'accompagnement et l'offre sanitaire. Cela questionne d'ores et déjà les conditions de la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap.

■ Part de bénéficiaires de l'APA, pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus



Source : Indicateurs sociaux départementaux : DREES, enquête Aide sociale et INSEE, estimations de la population au 01/01/2015 (résultats provisoires arrêtés fin 2015).

Les petites villes en déprise démographique sont également confrontées à certaines de ces problématiques. Dans quelques années, ce sont les zones périurbaines et résidentielles, qui se sont développées pour loger les familles attirées par le dynamisme économique des grands centres urbains ou le moindre coût de l'immobilier, qui seront confrontées à un phénomène de vieillissement massif auquel il conviendra de répondre, parfois dans un contexte de fragilisation sociale.

S'agissant du handicap, les taux de prévalence peuvent se recouper avec des contextes territoriaux de précarité sociale qui pèsent sur l'état de santé des populations.

Face à ces réalités territoriales, l'inégale répartition des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, qui se traduit par des « déserts médicaux », est souvent décriée. L'installation non régulée est déterminée en partie par l'attractivité des territoires. L'impact sur le quotidien des habitants est fort. Les prises en charge partielles, les risques de rupture de parcours, sont plus importants dans les zones sous-dotées. La perte de chances selon le lieu de vie est réelle, notamment pour des populations fragiles comme les personnes âgées ou handicapées. L'évolution de la démographie médicale et paramédicale doit donc s'anticiper pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs des habitants. L'organisation des ressources est indispensable, qu'il s'agisse de concentrer des expertises dans des maisons ou des centres de santé pluridisciplinaires ou de faciliter leur recours grâce à des dispositifs de coordination.

Rééquilibrer l'offre d'accompagnement médico-social

Le temps long du médico-social

La prise en compte des dynamiques territoriales est déterminante pour orienter les politiques de l'autonomie et rééquilibrer dans la durée l'offre d'accompagnement médico-social à domicile et en établissement.

La structuration de l'offre médico-sociale s'inscrit dans un temps long. L'émergence et le développement du secteur médico-social sont historiquement le fruit d'initiatives privées : les œuvres religieuses, puis les mouvements laïcs et les mobilisations des personnes concernées – parents et proches –, « ont été les premiers à identifier les manques dans les solutions organisées par les pouvoirs publics, et à porter le message de la nécessité d'y répondre, en proposant des solutions³ » selon des dynamiques territoriales différentes.

3. Rapport 2009, chapitre prospectif « Autonomie, santé et territoires », p. 24.

L'histoire des politiques sociales montre que les populations qualifiées de « misérables et incurables » ont été longtemps éloignées des villes dans la pure tradition hygiéniste.

Et certains territoires ont fait historiquement de la création d'établissements médico-sociaux un vecteur du développement économique : la Lozère et la Corrèze particulièrement se caractérisent par une forte tradition d'accueil de personnes handicapées en établissement, le Cher a une tradition de prise en charge psychiatrique, avec de nombreuses familles d'accueil. Ces spécialisations territoriales n'ont pas été opérées pour répondre aux besoins locaux. La conséquence est « un suréquipement dans les espaces ruraux et peu peuplés, tant à l'échelle départementale qu'à celle des aires urbaines⁴ ». Certains de ces territoires souhaiteraient dépasser la seule approche par taux d'équipement pour faire évoluer l'offre d'accompagnement selon les besoins de leurs habitants.

La transformation de l'offre

S'il a permis en son temps de répondre à des besoins sociaux mal couverts, cet historique, conjugué à l'évolution démographique des territoires, a participé aux disparités actuelles. Désormais, la transformation de l'offre doit être guidée par l'objectif d'une réponse inclusive et adaptée aux besoins et aux attentes des publics visés. Elle s'inscrit nécessairement dans la durée et implique la mobilisation de tous les acteurs autour d'une stratégie partagée.

Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement de ces changements lourds : analyse partagée des besoins et des attentes sur le territoire, recensement des ressources existantes pour développer les complémentarités, relocalisation de l'offre et définition de nouveaux projets d'établissement selon une démarche inclusive, consultation des usagers et de leurs familles, anticipation des changements organisationnels, évolution des emplois et des pratiques professionnelles, en lien avec les autorités compétentes. De tels projets se heurtent parfois aux seuils minimaux d'efficience.

4. Noémie Rapegno, résumé de thèse, *Établissements d'hébergement pour adultes handicapés en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers*, 2014, p. 3.

Parallèlement, la reconfiguration de la carte hospitalière – ses impacts sur l'emploi et le dynamisme économique des localités concernées – a pu conduire à privilégier des reconversions médico-sociales. Si les agences régionales de santé (ARS), en lien avec les acteurs locaux, sont en première ligne pour apprécier l'opportunité de ces opérations et les conduire aux mieux, le Conseil préconise qu'elles s'inscrivent dans une logique inclusive de l'offre prenant en compte les besoins des personnes concernées et qu'elles s'accompagnent d'une évolution profonde des projets des structures concernées pour passer de lieux de soins à de véritables lieux de vie. Par exemple, la transformation de services de psychiatrie en une maison d'accueil spécialisée pour personnes handicapées psychiques suppose un accompagnement à la transformation des pratiques professionnelles et une implantation ouverte sur la cité⁵. Les pratiques passées de transformation d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) appellent à une vigilance dans l'évolution des projets d'établissement pour garantir une évolution des modes de prise en charge.

Améliorer et dépasser l'approche quantitative

Observer les dynamiques territoriales

L'observation partagée des dynamiques territoriales est déterminante pour dépasser la seule approche chiffrée de l'offre et des besoins, nécessaire mais insuffisante.

Les indicateurs quantitatifs « offrent l'avantage de permettre des comparaisons », mais, s'ils ne sont pas complétés par une analyse qualitative, ils reposent « sur une illusion statistique basée sur un rapport codifié entre l'offre et la demande, qui fait abstraction des singularités territoriales⁶ ».

5. Voir la publication de l'ANAP : *L'Accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques - retours d'expérience de reconversions ou de créations*, 2014. L'étude repose sur l'analyse de douze cas, principalement des reconversions sous forme de maisons d'accueil spécialisées. Les retours d'expérience intègrent également quelques projets de création, notamment de foyers de vie et de foyers d'accueil médicalisés.

6. Dominique Argoud, « La décentralisation de la politique vieillesse, vers une accentuation des inégalités ? », *Gérontologie et société*, 2007 / 4, n° 123, p. 209.

Ainsi, « le taux d'équipement considère les limites territoriales comme infranchissables. [...] Un modèle d'accessibilité géographique, liant la distance et l'implantation des équipements, permet de s'affranchir de cet effet de seuil⁷ ».

Une approche territorialisée des besoins sociaux prenant en compte les conditions environnementales et les habitudes de vie est particulièrement éclairante et renforce la pertinence de la planification sur les territoires d'intervention. Si des efforts doivent être poursuivis pour réduire les disparités en matière d'offre, l'égalité prônée par le Conseil de la CNSA dépasse une conception égalitariste consistant en l'application de taux d'équipement identiques.

Par ailleurs, si la production des observatoires régionaux de santé est éclairante et si l'observation sociale locale se développe, l'approche quantitative de l'offre et des besoins engagée dans les projets régionaux de santé ou les schémas départementaux souffre du caractère lacunaire de certaines données disponibles localement, ce qui oblige parfois à extrapoler sur des données nationales.

Dans ce contexte, le suivi des orientations prononcées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), déjà nécessaire pour améliorer le traitement des situations individuelles, est d'autant plus important pour affiner la connaissance des besoins sur les territoires.

Observer les pratiques

L'observation des disparités territoriales est aussi celle des pratiques dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie. Ainsi, l'analyse qualitative des taux d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) éclaire les actions à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux droits. L'identification des déterminants de l'hétérogénéité entre les départements est un préalable indispensable pour orienter les politiques sociales et adapter les pratiques. « Si certaines caractéristiques socio-

économiques jouent sur la variation du taux de demandes (comme le taux de bénéficiaires de l'AAH [allocation aux adultes handicapés] ou le taux de chômage pour la PCH ou la part des plus de 75 ans dans la population et la proportion de bénéficiaires d'allocations sociales pour l'APA), elles doivent être comprises comme un facteur explicatif parmi d'autres. Les facteurs organisationnels offrent des éléments de compréhension de la disparité beaucoup plus performants⁸. » L'accompagnement du demandeur permet de l'orienter vers le bon dispositif, de l'aider à constituer un dossier de qualité. Par contre, il est observé une corrélation entre un niveau de vie faible et un montant attribué faible, pour limiter des restes à charge individuels difficilement soutenables, ou des niveaux de dépenses non conciliables avec les ressources de certains départements.

Faciliter la vie à domicile implique donc non seulement de renforcer la solvabilité des bénéficiaires (ce qui est prévu avec l'APA 2 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, dite ASV), mais aussi de faciliter l'accès aux droits, de poursuivre le partage et l'harmonisation des pratiques d'attribution des prestations, ce à quoi œuvre la CNSA auprès des MDPH et bientôt des équipes médico-sociales des conseils départementaux.

Migrations subies, migrations choisies

L'observation des flux migratoires des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vers un établissement médico-social et l'identification de la cause de cette mobilité sont riches d'enseignements, pour le territoire de provenance et pour celui d'arrivée : identifier les facteurs de choix, libres et contraints, participe à identifier les besoins et les attentes sur les territoires. Dans le cas des personnes âgées, les flux migratoires peuvent suivre le départ à la retraite et précéder de plusieurs années le recours à l'offre médico-sociale.

Plusieurs critères, en plus de la disponibilité de l'offre, guident ces mouvements, qui sont intradépartementaux, interdépartementaux

7. « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », DREES, *Études et résultats*, n° 891, septembre 2014, p. 2.

8. *Étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH*, note de synthèse, CNSA, juillet 2015, p. 4.



voire interrégionaux. Le premier est celui de la proximité familiale. D'autres relèvent du coût de l'hébergement (pour les personnes âgées), de la proximité géographique et de l'existence d'un réseau de transports accessible, ou de l'étape précédente de prise en charge (selon une logique d'orientation au sein d'une filière ou vers les structures connues)⁹. L'environnement résidentiel et la politique de l'établissement jouent dans une moindre mesure, compte tenu de la « faiblesse de l'offre [qui] pèse sur les personnes, et limite leur marge de décision¹⁰ ». La disponibilité de l'offre, dans l'urgence, est parfois le paramètre déterminant, ainsi qu'en témoigne le phénomène des départs contraints de personnes en situation de handicap en Belgique. La France, conformément aux engagements pris en ratifiant la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, a récemment pris des mesures pour les éviter.

Or ces « migrations [impliquent] une rupture durable, voire définitive, avec l'espace de vie familial, défini comme l'ensemble des lieux régulièrement pratiqués par un individu. Elles se traduisent par une modification significative de l'existence quotidienne¹¹ ».

9. Voir « Accessibilité de l'offre en EHPA : enjeux territoriaux », DREES, *Solidarité et Santé*, n° 36, 2013; ainsi que « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *op. cit.*

10. Noémie Rapegno, *op. cit.*, p. 6.

11. « Accessibilité de l'offre en EHPA : enjeux territoriaux », *op. cit.*

Elles peuvent être perçues et vécues comme une forme d'exclusion sociale.

À l'inverse, les prestations de compensation individuelle vont dans le sens d'une réponse de proximité. Elles bousculent les réponses de compensation collective dès lors qu'elles couvrent effectivement les besoins grâce à une offre d'accompagnement adaptée.

FOCUS

Le domicile de secours

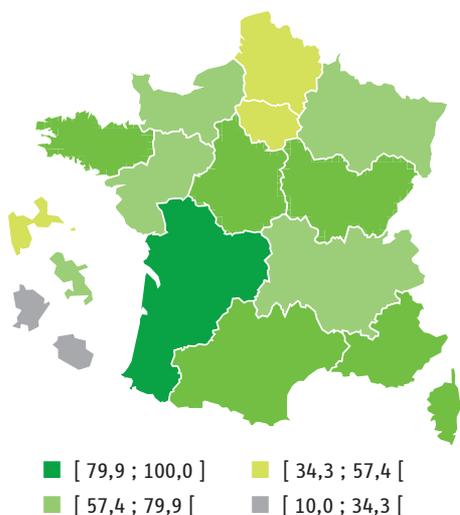
La notion de domicile de secours¹² conduit à ce que le conseil départemental auprès duquel la première demande d'aide sociale a été effectuée soit celui qui assume la prise en charge de la personne, même si elle déménage dans un autre département. Si le domicile de secours constitue une garantie financière pour les départements d'accueil, il peut être aussi un facteur de complexité pour l'évolution de l'offre d'accompagnement et pour la gestion des droits des personnes, le département d'accueil n'étant pas leur interlocuteur en proximité.

12. Art. L. 122-2 CASF.

Les spécificités de l'outre-mer

Par-delà leur hétérogénéité, les territoires d'outre-mer ont des caractéristiques spécifiques qui ne coïncident pas entièrement avec les références hexagonales : démographie, niveau d'emploi et de richesse, insularité et enclavement des territoires, etc.

■ Diversité de la structure par âge, de la Guyane à l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes



Indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2012. Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Source : INSEE – RP, Exploitation Fnors – SCORE-Santé.

Des différences sont notables aussi entre ces territoires. Mayotte et la Guyane connaissent une démographie particulièrement dynamique. La Guadeloupe, la Martinique, La Réunion et Saint-Barthélemy sont confrontées à un processus de vieillissement marqué.

Ces caractéristiques générales se cumulent avec des taux d'équipement globalement défavorables, même si le constat est à nuancer par territoire et par public. Ces territoires sont frappés, de manière plus aiguë encore que d'autres, par la carence de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le niveau de vie parfois très bas implique un faible niveau de solvabilisation de la population dans l'accès à l'offre. La situation de Mayotte est un cas plus singulier encore, ce département rattaché depuis peu à la France étant marqué par une forte immigration et un niveau de pauvreté élevé.

L'ensemble de ces caractéristiques détermine les besoins d'équipement, au-delà de la stricte application d'un ratio. La situation des habitants de ces territoires nécessite une attention d'autant plus soutenue qu'ils n'ont pas la possibilité de se déplacer vers un territoire limitrophe pour bénéficier d'un accompagnement. Le plan Outre-mer, finalisé au premier semestre 2016, doit contribuer pour les territoires les plus en décrochage à rattraper progressivement le décalage entre l'offre sanitaire et médico-sociale et les besoins de la population, en prenant en compte les disparités entre les territoires d'outre-mer et en consolidant et en valorisant l'expertise locale.

► Préconisations

- Renforcer l'évaluation partagée et prospective des besoins sociaux sur les territoires en matière de perte d'autonomie et de handicap par la production ou le recueil d'études et de recherches et le développement de pratiques partagées d'observation et de production de données.
- Veiller à ce que la CNSA y contribue, à travers l'appui à l'informatisation du suivi des orientations prononcées par les MDPH, ainsi que par le soutien à la production de connaissances, en lien avec ses partenaires.
- Affiner la connaissance des flux entre les départements et hors du territoire national pour les prises en charge en établissements médico-sociaux, avec la contribution de la CNSA et de la DREES, notamment à partir des données de l'enquête ES (établissements et services).
- Développer la statistique publique pour mieux connaître les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, qu'elles soient accompagnées par une structure médico-sociale ou pas, et quel que soit leur territoire de vie.
- Recomposer et rééquilibrer l'offre médico-sociale dans la durée pour mieux l'adapter aux dynamiques sociodémographiques des territoires, dans une stratégie partagée impliquant les ARS, les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires, les associations de personnes, avec un soutien national exercé par la CNSA ; prendre en compte dans ces évolutions la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
- Mettre en œuvre des actions adaptées aux réalités des territoires ultramarins pour mieux répondre à l'ampleur de leurs besoins, sur la base d'orientations stratégiques.

B. Réduire les disparités dans une organisation décentralisée

Le mouvement de décentralisation qui s'est opéré depuis le début des années 1980 « a été justifié par la volonté de promouvoir une gestion de proximité de problèmes de plus en plus complexes et enchevêtrés auxquels l'État ne semblait plus en mesure d'apporter de réponses satisfaisantes¹³ ». La diversité induite par le développement de réponses au niveau local était perçue comme favorisant une meilleure prise en compte des besoins, notamment sociaux. Ce faisant, « on décidait de faire prévaloir dans un domaine particulièrement sensible, celui du soutien à la cohésion sociale, une logique d'action sur une logique de normes¹⁴ », dans le respect d'un cadre national. L'action sociale est devenue également une dimension à part entière d'un projet politique local.

Égalité et équité sur les territoires

Même si les politiques de l'autonomie sont en grande partie décentralisées, le cadre légal vise à garantir l'égalité de traitement dans leur mise en œuvre. Cet objectif est fortement affirmé dans les missions de la CNSA, dont la création coïncide avec la seconde vague de décentralisation. Le Conseil a précisé dès le rapport de 2007 que cette exigence est « 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 ». Il l'a réaffirmé dans son précédent chapitre prospectif.

Pour autant, le terme « équité » est également mis en avant : « l'équité signifie qu'on se situe dans le cadre d'une différenciation égalitaire. L'égalité est plus que jamais l'objectif, mais elle tient compte du fait que, pour l'atteindre, différents types de différences à la fois dans les attentes des bénéficiaires et dans les moyens mis en œuvre peuvent intervenir¹⁵ ». Les dispositions légales relatives à la CNSA font également référence à la notion d'équité de traitement.

13. Dominique Argoud, *op. cit.*, p. 202.

14. Jean-Louis Sanchez, *Les Indispensables réformes – Propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation*, éditions ODAS, mai 2015, p. 5.

15. Jacques Levy, *Réinventer la France – Trente cartes pour une nouvelle géographie*, Fayard, 2013, pp. 221-222.



Face à l'objectif affirmé par le Conseil d'un bénéfice aux droits à compensation de la perte d'autonomie identique quel que soit le lieu de vie de la personne, les leviers d'action de la CNSA sont incitatifs : produire des données sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie, sur les territoires et sur leurs disparités, élaborer des outils partagés, en soutenir l'utilisation harmonisée et adéquate pour la pleine reconnaissance et la mise en application des droits des personnes quel que soit leur lieu de vie.

L'atténuation historique des inégalités

La décentralisation est souvent accusée d'avoir accentué les inégalités entre les territoires par la diversification des orientations politiques et des actions. La réalité est plus complexe. Ainsi, un mouvement de rattrapage a été observé pour les départements au taux d'équipement en établissements pour personnes âgées les plus bas, ainsi que pour ceux dans lesquels le niveau de dépense d'aide sociale était le plus faible. En revanche, ce niveau a diminué dans les territoires où il était parmi les plus élevés¹⁶.

16. Dominique Argoud, *op. cit.*, p. 208.

En se comparant à leurs voisins, les départements ont opéré un certain resserrement dans la fourchette de dépenses liées aux politiques de l'autonomie : « l'éventail des inégalités se resserre¹⁷ ».

L'expression et le traitement des besoins dans la proximité ont favorisé le développement des réponses. C'est ainsi que l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) relève une « concordance entre l'évolution des dépenses et l'émergence de nouveaux besoins¹⁸ ». La progression de la dépense est la plus élevée pour les personnes handicapées, « sous l'effet conjugué de la forte progression des besoins [...] mais aussi des nouvelles attentes des familles concernées, bien relayées par le monde associatif¹⁹ ».

Si les inégalités ont persisté avec la décentralisation, parce qu'elles lui préexistaient, cette dernière ne les a donc pas aggravées. L'impact socio-économique sur la santé et la prévalence des incapacités sont tels que certains territoires demeurent dans une situation défavorable par rapport à d'autres, malgré une politique d'action sociale et sanitaire affirmée.

Le niveau d'investissement dans l'action sociale, en plus d'être lié à la répartition de la ressource entre les territoires, reste un choix politique local, inhérent à la décentralisation, et qui influe sur la réduction des inégalités. Il existe une tension dynamique entre l'objectif d'égalité et la diversité des orientations prises par les responsables politiques et validées par les citoyens.

L'impact est direct sur le quotidien des personnes. La fixation du tarif horaire de l'aide humaine à domicile pèse ainsi sur le reste à charge, particulièrement des personnes âgées, au point de conduire à des comportements de non-recours aux droits (plans d'aide limités ou non intégralement consommés). Au regard de tensions financières de plus en plus fortes, bien des conseils départementaux font le choix de revoir à la baisse leurs dispositifs extralégaux, non obligatoires, comme la prévention ou leurs

moyens d'accompagnement. Les actuelles révisions des règlements départementaux d'aide sociale en portent témoignage. Sur certains territoires, cette spirale est dangereuse, alors même que le rôle de ces collectivités n'est pas d'être, ou de devenir, un guichet de distribution d'allocations, mais bien de construire des politiques d'accompagnement et d'appui à des publics vulnérables.

Les différences de traitement selon les territoires s'expliquent aussi par la répartition des dépenses de solidarité entre l'État et le département et par les écarts de ressources et de charges entre départements. Certains départements sont ainsi confrontés à des niveaux de dépenses de prestations sociales très élevés, compte tenu de leur réalité socio-économique et démographique, qui, insuffisamment compensées, pèsent lourdement sur leurs ressources et sur leur capacité d'action. Aux inégalités entre individus s'ajoutent les inégalités entre les territoires.

Les incertitudes de la réforme territoriale

Trois lois récentes impactent significativement le mouvement de décentralisation : la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, ainsi que la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (dite loi NOTRe). La création des métropoles et le transfert obligatoire de certaines compétences départementales à leur bénéfice soulèvent plusieurs interrogations, qui sont autant d'inquiétudes quant au renforcement des inégalités. Les départements sont confirmés dans leur rôle de chef de file de l'action sociale, mais questionnés par l'installation des métropoles et fragilisés dans leurs marges de manœuvre.

Les métropoles

Le rapprochement des compétences au niveau de la métropole peut constituer un levier au service des politiques inclusives. D'ailleurs, certaines grandes agglomérations et futures métropoles – comme Rennes, Grenoble ou Nantes – ont été particulièrement proactives, notamment dans la mise en accessibilité des transports et lieux publics.

17. Jean-Louis Sanchez, *op. cit.*, p. 16.

18. *Ibid.*, p. 13.

19. *Ibid.*, p. 15.



Les compétences obligatoires des métropoles recouvrent les politiques de la ville, de développement économique, d'aménagement urbain et des transports, de logement et d'habitat. Elles peuvent être complétées par des délégations ou des transferts par les conseils départementaux en matière d'action sociale²⁰, hors APA, PCH, MDPH. Selon le niveau de concentration des politiques à la métropole, elles auront la possibilité de mener des actions transversales, apportant ainsi des réponses globales aux besoins de leurs habitants.

Le périmètre réel de compétence des différentes métropoles est encore inconnu (hors métropole de Lyon). En effet, l'article 90 de la loi NOTRe prévoit que les compétences départementales transférées ou déléguées à la métropole sont précisées dans une convention conclue d'ici au 1^{er} janvier 2017.

À défaut, l'ensemble des compétences listées dans la loi est transféré de plein droit à la métropole²¹. Ce délai est probablement trop court pour que le transfert de compétences repose sur un diagnostic

et un projet partagés, pourtant garants d'une cohérence de la répartition des compétences avec les caractéristiques des territoires concernés.

Par ailleurs, les limites géographiques du département étant plus larges que celles de la métropole, celui-ci conservera des compétences sociales pour les territoires non métropolitains, même en cas de transferts à la métropole. L'enjeu de convergence des schémas départementaux et des schémas métropolitains est fort « pour prévenir les ruptures d'équité entre les deux territoires²² ».

La différenciation des orientations politiques et des actions entre la métropole et les territoires alentour, et au sein même du territoire métropolitain, fait craindre « un développement à deux vitesses », « un risque de fracture » et de « décrochage²³ ». Une attention particulière devra être portée à la réalité de cet effet « centre-périphérie » et au risque concomitant d'une accentuation des inégalités territoriales.

20. En cas de transfert, la métropole exerce la compétence en lieu et place du département. En cas de délégation, elle l'exerce au nom et pour le compte du département.

21. À l'exception des collèges et de la voirie.

22. *L'Impact de la création des métropoles sur la conduite des politiques sociales - Grand Paris, Aix-Marseille-Provence, Lyon*, étude INET - DGCS, avril 2014, p. 38.

23. Ronald Maire, « L'avenir des associations de solidarité dans le cadre de la réforme territoriale », in *L'Année de l'action sociale 2016 - Le nouveau cadre territorial de l'action sociale*, Dunod, 2015, p. 80.



FOCUS

L'affirmation des métropoles

La loi du 27 janvier 2014 renforce les métropoles de droit commun et crée au 1^{er} janvier 2015 celles de Rennes, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Brest, Lille, Rouen, Grenoble, Strasbourg et Montpellier (chacune forme un ensemble de plus de 400 000 habitants dans une aire urbaine supérieure à 650 000 habitants). Elle crée aussi des métropoles à statut particulier. La Métropole de Lyon est une collectivité territoriale à part entière née de la fusion de la communauté urbaine de Lyon et du département du Rhône. Celles du Grand Paris et d'Aix-Marseille-Provence ont vu le jour le 1^{er} janvier 2016. D'autres métropoles pourront être créées sur la base du volontariat dans des bassins de plus de 400 000 habitants.

La métropole de Lyon est la plus intégrée. Elle exerce l'ensemble des compétences départementales préalablement du ressort du département du Rhône, y compris dans le champ des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Les régions

Entre autres transferts de compétences, la loi NOTRe prévoit que les transports scolaires relèvent désormais de la région, alors que le transport d'élèves handicapés reste dans le giron du département. Cette scission en fonction des publics visés, sous prétexte de compétence sociale départementale, est en contradiction avec le principe de société inclusive porté par la loi du 11 février 2005. La tentation reste forte, dans le domaine de l'accessibilité universelle, de penser des dispositifs spécifiques plutôt que d'adapter des dispositifs de droit commun au bénéfice de tous. Le *statu quo* reste possible, si la région délègue sa nouvelle compétence sur les transports scolaires au département.

La reconfiguration des régions se traduit notamment par la création de très grandes régions, ainsi de l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, ou du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

La réforme régionale a un impact fort sur les ARS. Leur base géographique élargie apporte de la souplesse aux ARS dans l'allocation de la ressource et la programmation des réponses sanitaires et médico-sociales. Les regroupements d'ARS aux pratiques diversifiées peuvent induire de nouvelles dynamiques.

Toutefois, la réorganisation des ARS entraîne un éloignement du niveau décisionnel. Les risques sont pluriels : disponibilité moindre, difficulté à mobiliser ensemble des acteurs sur des territoires éloignés les uns des autres, mal desservis entre eux ou séparés par des barrières géographiques ; connaissance moins fine des interlocuteurs et des réalités locales. L'hypothèse d'une augmentation des moyens et de la capacité de décision des délégations territoriales reste aléatoire et se heurte parfois à des problèmes d'articulation entre niveaux régionaux et territoriaux. L'animation de réseau par les ARS comme l'organisation infrarégionale de celles-ci seront donc déterminantes pour la cohésion des politiques et actions territoriales.

Les CCAS

Face à la difficulté, selon les territoires, à faire fonctionner un centre communal d'action sociale (CCAS), la loi NOTRe (article 79) met fin à l'obligation d'en créer dans les communes de moins de 1 500 habitants et permet de supprimer les CCAS préexistants, la commune assumant alors la compétence sociale, ou celle-ci étant transférée à un centre intercommunal d'action sociale. En encadrant leur possible dissolution avec transfert de la compétence sociale à la communauté de communes, les parlementaires n'ont pas tenu compte de l'impossibilité légale des établissements publics de coopération intercommunale de gérer des structures médico-sociales alors que nombre de CCAS sont gestionnaires, d'EHPAD et de services à domicile notamment. Par ailleurs, si la problématique des moyens des CCAS est réelle, elle ne doit pas faire oublier le rôle particulier des CCAS dans l'observation de proximité, avec l'analyse des besoins sociaux, dont les enseignements sont déterminants pour l'élaboration de réponses adaptées à la diversité territoriale. L'incitation au renforcement des moyens d'action par leur mise en commun au niveau intercommunal reste de mise.

Les intercommunalités

Les intercommunalités, qui se sont fortement développées, sont désormais des acteurs très présents sur les territoires. L'action sociale étant une compétence subsidiaire, les intercommunalités s'en sont peu saisies jusqu'à présent. Dans la

limite de leur statut d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), elles peuvent toutefois à travers leurs compétences de droit commun porter des démarches inclusives sur les territoires de vie et contribuer ainsi à l'autonomie de leurs habitants. La mise en commun des ressources au sein de l'intercommunalité peut renforcer la capacité à agir des territoires qui la composent, ainsi que l'offre de services auprès des habitants. Les intercommunalités peuvent créer des Centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), dont le Conseil aspire au développement dans les années à venir (ils sont environ 400 aujourd'hui en France).

► Préconisations

- *Réaffirmer la contribution de la CNSA à l'objectivation des disparités de traitement sur les territoires et de leurs causes, rendre publiques les données et études les concernant, travailler à l'harmonisation des pratiques au service de l'égalité de traitement.*
- *Considérant la création des métropoles, intégrer un suivi de l'impact dans la durée des transferts et délégations de compétences entre les départements et les métropoles dans le champ de l'autonomie, notamment s'agissant des risques d'inégalité de traitement entre les territoires.*
- *Conforter l'ancrage territorial des ARS, dans le cadre de la réforme territoriale, pour soutenir la connaissance fine des territoires, l'accessibilité du niveau décisionnel et la capacité d'animation à travailler en réseau.*

2

Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décroisées



Les politiques de l'autonomie se sont construites en remédiation des politiques de droit commun et dans des logiques de risques mises en évidence dans les années qui suivent 1945. Ce n'est qu'avec la promulgation de la loi du 11 février 2005 que notre pays affirme politiquement que les politiques d'autonomie concernent deux types de publics jusqu'à présent opposés : l'un parce qu'il est en quête d'autonomie, l'autre parce qu'il cherche à ne pas la perdre. Cependant, malgré l'affirmation d'approches convergentes et de mutualisation des savoirs et des moyens, sans confusion, les acteurs continuent de penser selon des publics segmentés et ne parviennent pas à faire des politiques d'autonomie le phare de la citoyenneté. Ils les cantonnent dans des perspectives d'action sociale et de solidarité nationale.

Mieux répondre aux personnes âgées et aux personnes handicapées suppose, d'une part, la mise en place d'une évaluation multidimensionnelle de leurs besoins et, d'autre part, la mobilisation de ressources diversifiées pour

construire une réponse adaptée et plus globale. Après la loi de 2005 relative à l'intégration et à la citoyenneté des personnes handicapées, la loi ASV met l'accent sur l'approche multidimensionnelle de la situation de la personne pour évaluer ses besoins de compensation, ce qui doit conduire aussi à des plans d'aide plus globaux.

C'est également le sens de la « Réponse accompagnée pour tous ». Ce nouveau paradigme de la prise en charge des personnes handicapées appelle un mode de fonctionnement collaboratif des acteurs du territoire pour élaborer et mettre en place les réponses attendues.

Dans ce contexte, le territoire constitue une ressource et un cadre pour coconstruire des réponses décroisées avec l'ensemble des acteurs concernés²⁴.

24. Voir à ce propos *Le Vieillissement au cœur des politiques publiques – méthodologie pour une approche transversale*, Claire Guérain, Jean-Jacques Amyot, Isabelle Dury, Jean-Jacques Portier, « Dossiers d'experts », Territorial éditions, janvier 2016.

A. Décloisonner les organisations et partager les cadres d'action

Décloisonner les organisations

Pour le Conseil de la CNSA, une approche transversale des politiques de l'autonomie doit primer. Dépasser la logique des tuyaux d'orgue, se défaire des réflexes sectoriels pour « aller vers une approche systémique globale [...] avec une approche transversale aux différentes politiques sectorielles publiques²⁵ », suppose de decloisonner l'organisation, ou à tout le moins le fonctionnement interne, des autorités compétentes.

L'ODAS observe que les départements ont reproduit l'organisation de l'administration centrale en regroupant leurs compétences sociales au sein de la même direction générale et sans les intégrer aux autres politiques contribuant à la cohésion sociale (jeunesse, habitat, culture, etc.). L'organisation fréquente des directions thématiques de l'action sociale au sein d'une même direction générale obéit toutefois à une certaine transversalité, et la quasi-totalité des départements ont opté pour une direction du soutien à l'autonomie commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Par-delà ces choix organisationnels, l'enjeu est donc de pouvoir connecter les politiques d'autonomie avec l'ensemble des compétences du champ social au sens large : insertion, lutte contre l'exclusion, petite enfance et jeunesse, logement.

Dans les départements, c'est le territoire qui a fait le plus souvent levier dans la recherche de plus de transversalité, à travers la mise en place de la territorialisation des services. C'est ainsi que l'organisation des compétences sur les territoires d'intervention sociale regroupe les services concernés par l'action sociale, avec déconcentration du pouvoir de décision, selon une double logique d'adaptation aux spécificités locales et de decloisonnement des actions. Certains départements ont fait de ces échelons territoriaux des échelons non seulement de service au public,

mais aussi d'animation territoriale, pour apporter des réponses plus complètes, mobilisant y compris des ressources bénévoles.

A contrario, au regard de l'importance prise, au sein de l'action sociale, par le champ de l'autonomie, la tentation est forte dans nombre de conseils départementaux d'organiser ce secteur de façon indépendante et autonome. Cela va à l'encontre d'une réponse globale et inclusive, permettant de prendre en compte l'ensemble des besoins, des attentes, mais aussi les ressources des personnes concernées. L'impératif de continuité du parcours de vie requiert un engagement de l'ensemble des acteurs. C'est de leur capacité à communiquer, coopérer, s'articuler que le chemin vers plus d'autonomie peut être efficacement accompagné. Cette dynamique repose sur l'articulation des moyens à destination des personnes en difficulté ou vulnérables afin de leur apporter un accompagnement et des ressources plus intégrés.

On peut souhaiter également que les organisations mises en place dans les nouvelles ARS contribuent à des fonctionnements decloisonnés entre offre sanitaire et médico-sociale, prévention et gestion de l'offre, et qu'elles favorisent également des approches en termes de parcours, en permettant d'aborder de façon moins compartimentée des sujets comme le handicap psychique et la santé mentale.

La transversalité peut se concrétiser autant à travers des modes de fonctionnement collaboratifs et des pratiques renouvelées au sein et entre collectivités que par des schémas organisationnels. À ce titre, la contractualisation entre collectivités locales ou entre ARS et départements peut être un levier puissant pour decloisonner les compétences et les logiques sectorielles.

25. Florence Le Nuzec, « Des politiques de la vieillesse à une politique du vieillissement : un nécessaire changement de paradigme », actes du colloque « Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires ? », INSET d'Angers, 2010, p. 59.

Renforcer les cadres de travail et d'animation partagés

Le réflexe d'une approche en silo et par dispositif reste encore très présent, par méconnaissance des autres acteurs du territoire, compte tenu des schémas de pensée préétablis et parfois par souci de protéger les acquis. Les pilotes institutionnels ont un rôle particulier à jouer pour s'articuler entre eux et pour impliquer les acteurs du territoire dans l'élaboration et la mise en œuvre intégrée des politiques sociales et des politiques de l'autonomie.

Dans ce registre, la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ouvre un champ emblématique de renouvellement des pratiques pour les années à venir, et exige des pilotes institutionnels (conseil départemental avec les MDPH, ARS) de porter une stratégie opérationnelle partagée face aux partenaires de leur territoire, et au-delà du seul champ médico-social.

La recherche de parcours de vie cohérents, exempts de ruptures déstabilisantes, se heurte en effet à la complexité de certaines situations et aux limites quantitatives, qualitatives et organisationnelles de l'offre actuelle. La « Réponse accompagnée pour tous » doit conduire à une mobilisation plus large et plus souple des différentes ressources portées par les acteurs du territoire. Respecter le projet de vie de l'enfant, du jeune ou de l'adulte en situation de handicap suppose de mobiliser d'autres compétences que strictement médico-sociales et sanitaires : l'Éducation nationale, Pôle emploi, etc.

Les quatre volets de la « Réponse accompagnée pour tous » (dispositif permanent d'orientation, réponse territorialisée accompagnée pour tous, accompagnement et soutien par les pairs, accompagnement du changement des pratiques) sont indispensables à la réussite de la démarche et doivent trouver leur traduction sur les territoires dans une logique systémique.

La CNSA assure le pilotage et l'appui méthodologique au déploiement du dispositif permanent d'orientation, notamment sur les vingt-trois sites pionniers, dans le cadre d'une animation croisée de ses réseaux (ARS, MDPH, départements, associations, etc.). Elle participe au pilotage national du projet.

FOCUS

Le dispositif d'orientation permanent

Lorsqu'une proposition d'orientation cible faite à une personne handicapée ne peut pas être mise en œuvre immédiatement, le plan personnalisé de compensation est complété par un plan d'accompagnement global²⁶ afin de prévenir une rupture de prise en charge.

Ce plan est élaboré avec l'accord de la personne handicapée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Si la définition des mesures d'accompagnement le nécessite, le directeur de la MDPH convoque un groupe opérationnel de synthèse. Il se compose des professionnels susceptibles d'accueillir et d'accompagner la personne et éventuellement des financeurs.

Ainsi, le dispositif d'orientation permanent suppose tout à la fois une évolution profonde des pratiques des MDPH et le repositionnement des acteurs intervenant dans le parcours de vie de la personne handicapée.

26. Article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le Conseil est conscient de la profondeur des changements à opérer dans la durée pour donner sa pleine traduction à la « Réponse accompagnée pour tous » et affirme sa vigilance pour que tous les moyens et toutes les énergies soient mobilisés aux niveaux national et local, afin de faire réussir le projet.

La création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), conformément à la loi ASV²⁷, s'inscrit dans un

27. Les CDCA sont créés par fusion des conseils départementaux consultatifs de personnes handicapées et des comités départementaux des retraités et personnes âgées.

mouvement de convergence des politiques de l'autonomie entre personnes âgées et personnes handicapées, ainsi que dans une approche décloisonnée, allant au-delà des seules politiques sociales, pour prendre en compte le vieillissement et le handicap dans toutes leurs dimensions sur les territoires de vie. Ils devraient être des vecteurs de rapprochement de l'ensemble des acteurs territoriaux dans toutes leurs composantes sociales, professionnelles, associatives et militantes, pour plus de cohérence des réponses, d'articulation et de lisibilité de l'offre pour les personnes.

L'émiettement des interventions et des dispositifs pose ainsi l'exigence de cadres de travail partagés, pour donner plus de cohérence à l'action et plus de visibilité des réponses disponibles pour les personnes concernées. À ce titre, les conférences des financeurs, dont la préfiguration a été copilotée par la CNSA et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en 2015 avant leur déploiement dès 2016, constituent une opportunité pour construire des stratégies territoriales partagées dans des domaines jusqu'à présent très éclatés : en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, d'aide aux aidants, d'accès aux aides techniques, et en dépassant les frontières entre publics âgés « dépendants » ou « non dépendants ».

Ces nouveaux cadres d'action appellent des articulations fines et renouvelées entre ARS et départements, qui structurent leur action sur des registres territoriaux différents et offrent l'opportunité de dynamiques interdépartementales pour mieux capitaliser les expériences.

Ils appellent de la part de la CNSA, ainsi que le prévoit sa convention d'objectifs et de gestion (COG) 2016-2019, le développement d'une animation croisée entre ses réseaux de partenaires, particulièrement les conseils départementaux, les MDPH et les ARS. Cela participera au rapprochement des acteurs et à leur approche transversale de problématiques communes, à travers la conception partagée d'outils, le soutien à leur déploiement et la capitalisation des expériences.

► Préconisations

- *Privilégier, pour les départements et les ARS, des organisations internes et des modes de fonctionnement décloisonnés facilitant la construction de réponses plus globales pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.*
- *Renforcer, comme prévu dans la COG 2016-2019, l'animation croisée par la CNSA des réseaux auxquels elle vient en appui (ARS, départements, MDPH, associations représentant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap) pour soutenir des dynamiques territoriales décloisonnées au service d'une amélioration des réponses. Maintenir dans la durée un appui particulier au déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous ».*



B. Le territoire : un cadre pour une offre mieux maillée

Le Conseil a défini le parcours de vie en 2012 : « Cette notion qui repose [...] sur le vécu de la personne dans son environnement interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé, mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement [...]. Les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine. »



Développer des réponses plus globales et mieux articulées au service de l'autonomie des personnes, dans une logique de parcours, appelle la mise en place sur les territoires de cadres d'action qui permettent de piloter et faire évoluer l'offre dans des stratégies partagées et de mieux mailler les ressources au plus près des besoins.

Piloter et concerter l'évolution de l'offre sur les territoires

Articuler le pilotage stratégique de l'offre médico-sociale

Dans la continuité de la loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires », la loi de modernisation de notre système de santé précise que le schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. L'harmonisation des orientations et du calendrier des programmations régionales et départementales repose sur le seul rapprochement de leurs pilotes, dans le respect des compétences légales de chacun.

L'élaboration d'outils nationaux, à laquelle doit contribuer la CNSA pour la conception des schémas régionaux de santé réformés par la loi de Modernisation de notre système de santé²⁸, constitue une première étape.

Au niveau des ARS et des conseils départementaux, plusieurs degrés de coopération sont identifiés : l'échange de données, la concordance des calendriers d'élaboration des schémas, le partage d'outils et de méthodes de diagnostic, d'analyse et de planification, voire leur coconstruction. Les bénéfices sont collectifs : le rapprochement des démarches de diagnostic, jusqu'à leur mutualisation, en plus d'être partagé, favorise une observation plus complète et moins onéreuse. Les enquêtes ne sont pas redondantes, les données produites sont plus fiables et plus utiles, leurs définitions sont harmonisées. L'élaboration d'une stratégie partagée sur les mêmes territoires d'intervention renforce les capacités d'intervention.

Le Conseil observe avec intérêt les rapprochements engagés entre des conseils départementaux et

28. L'article 158 de la loi modifie les dispositions inscrites aux articles L. 1434-1 du Code de la santé publique et suivants. Les outils de planification de l'offre relevant du domaine de compétence de l'ARS sont réformés : le projet régional de santé est désormais valable dix ans, il précise les objectifs et les mesures tendant à les atteindre. Il est constitué d'un cadre d'orientation stratégique, d'un schéma régional de santé unique et valable cinq ans, ainsi que d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Comme auparavant, le schéma est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

des ARS. Leurs effets devraient être suivis et les enseignements largement partagés, notamment les conditions de réussite (formalisation du cadre de collaboration, suivi rigoureux des actions convenues, respect des engagements, etc.).

FOCUS

Des exemples de coopération territoriale

L'ARS de Bourgogne-Franche-Comté et le conseil départemental de Côte-d'Or ont conclu une convention-cadre dans laquelle sont précisées les procédures de travail en commun et les priorités d'action. Cette même ARS s'est engagée avec le département de la Nièvre sur une feuille de route commune, le plan Handicap Nièvre, élaboré à partir du projet régional de santé et du schéma départemental relatif aux personnes handicapées.

L'ARS Nord-Pas-de-Calais – Picardie et les conseils départementaux du Nord et du Pas-de-Calais ont aussi formalisé des engagements réciproques.

Coconstruire l'évolution de l'offre d'accompagnement

Cadre de cohérence des politiques de l'autonomie, le territoire est aussi le cadre de la démocratie en santé. Les démarches de consultation et de concertation légale, notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas (avec les conférences régionales de santé et de l'autonomie ainsi que les conseils territoriaux de santé²⁹), gagnent à être enrichies par l'association des acteurs du territoire dès la phase d'observation des besoins, repérés dans et hors du cadre médico-social afin d'anticiper leur évolution et l'adaptation des réponses.

29. Les conférences de territoire sont remplacées par les conseils territoriaux de santé, conformément à l'article 158 de la loi de Modernisation de notre système de santé, qui modifie les articles L. 1434-9 et suivants du Code de la santé publique. Les conférences de territoire sont conçues comme des instances de participation à la conception et au suivi du projet régional de santé.

L'implication des organisations gestionnaires facilite l'acceptation des choix et l'engagement partagé pour leur mise en œuvre : elles sont associées à la prise de décisions difficiles mais logiques, qui ne peuvent pas être réduites à des injonctions déconnectées des réalités locales. Les organisations gestionnaires peuvent mieux anticiper les évolutions et l'accompagnement du changement, particulièrement lorsqu'elles impliquent des restructurations lourdes. À l'inverse, les acteurs qui ne participent pas à la planification n'en consultent guère les outils, faute d'appropriation et d'adhésion.

Au niveau des établissements et services médico-sociaux, les conseils de vie sociale (CVS) sont aussi des instances de formulation de besoins et d'aspirations. La possibilité d'inviter lors des réunions du CVS des participants extérieurs est l'occasion de faire entendre la parole des usagers, de partager leurs préoccupations et leurs propositions, qui ne seront pas nécessairement celles exprimées dans les instances de démocratie en santé.

Le Conseil de la CNSA a d'ailleurs réaffirmé en 2014 son attachement au « principe d'une implication active des personnes dans la conception et la gestion des politiques de l'autonomie ». Le Conseil affirmait déjà en 2009, alors que les ARS étaient en projet : « L'analyse des besoins ne pourra [...] pas résulter du seul exercice de planification du projet régional de santé [...] – même s'il est nécessaire pour donner de la visibilité et garantir l'équité territoriale –, mais devra aussi demeurer à l'écoute des besoins exprimés par les usagers et leur famille, ainsi que de leurs propositions. »

Le Conseil observe avec intérêt le développement d'initiatives pour la mobilisation des associations de personnes, des organisations et des professionnels, dans une logique de construction partagée. Il est vigilant à ce que l'engagement commun ne soit pas synonyme d'une dilution ou d'une fragmentation des responsabilités. La coconstruction pour le coengagement renforce le rôle du pilote et sa légitimité à agir.

FOCUS

L'exemple des tables de consultation territoriales

Des tables de consultation territoriales sont organisées sur des problématiques spécifiques (l'autisme en Normandie par exemple) avec les acteurs concernés. Un diagnostic partagé y est posé, les orientations stratégiques sont validées, un plan d'action élaboré. Cela suppose une animation, avec un pilote reconnu par tous. L'ARS en réfère ensuite à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Mailler les ressources et l'offre sur les territoires

La continuité du parcours d'accompagnement suppose un maillage plus ou moins serré des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales qui tiennent compte des caractéristiques territoriales (géographie, densité de population, réseaux de transports, etc.).

Les leviers d'une adaptation fine de l'offre sur les territoires

Face aux disparités de la couverture territoriale en service de proximité, notamment pour le maintien à domicile, maintenir ou renforcer l'ancrage des établissements et services médico-sociaux (ESMS) sur certains territoires peut supposer une capacité renforcée de pilotage de l'offre et un investissement financier particulier : prise en compte des surcoûts engendrés par la géographie et le réseau des transports, ainsi que de la complexité de certaines interventions au regard de la situation de la personne dans la détermination du tarif horaire ou de la dotation globale, incitation à intervenir dans des zones économiquement peu favorables, etc. La bascule de tous les services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD) dans le régime de l'autorisation, couplée à la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), peut être l'occasion de redéfinir les territoires d'intervention pour en compléter le maillage.

Le développement de réseaux de services devrait être facilité, y compris lorsqu'ils chevauchent des limites départementales.

La généralisation des CPOM (et la possibilité d'en conclure au niveau régional) constitue un levier pour une recombinaison et une adaptation fines de l'offre sur les territoires, dans un objectif de réduction des inégalités territoriales et de renforcement de la qualité de l'accompagnement. Cela implique de mieux inscrire les ESMS – qu'ils relèvent de la compétence du conseil départemental ou de l'ARS – dans des stratégies territoriales d'offre décloisonnée : mobilisation des ressources de droit commun, action auprès des acteurs du milieu ordinaire pour en renforcer l'ouverture, partage d'expertise, etc.

Partager les ressources expertes et tirer parti des nouvelles technologies

L'établissement ou le service médico-social acteur de son territoire mobilise, en plus de ses propres expertises et ressources, celles qui lui sont extérieures. Le recours à des ressources expertes locales, particulièrement médicales, avec l'hospitalisation à domicile ou les maisons et centres de santé pluridisciplinaires, permet de compléter sa palette de prestations (par exemple pour médicaliser un établissement pour personnes âgées). Pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées et limiter les risques de rupture ou de non-prise en charge, chaque acteur a aussi intérêt à mettre à disposition des autres acteurs sa propre expertise. Les coopérations interétablissements, structurelles ou ponctuelles ont ainsi tout leur sens.

Le maillage des centres de ressources ou la constitution d'équipes mobiles spécialisées (par exemple en gériatrie, en psycho-gériatrie, sur l'autisme ou les handicaps rares) participent ainsi de la mise en réseau des acteurs et de la dynamisation du territoire.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire, qui, selon la loi de Modernisation de notre système de santé, sont amenés à remplacer les communautés hospitalières de territoire, concerne directement les établissements de santé



et les structures médico-sociales publics³⁰. La présence des acteurs privés locaux devrait être prise en compte pour maximiser leur maillage et la complémentarité de leurs expertises, sans qu'ils soient parties prenantes du groupement.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont un vecteur fort de désenclavement des territoires. Cela suppose, bien sûr, que les réseaux numériques les couvrent en totalité. Par-delà la logique de proximité géographique, le maillage des ressources passera à l'avenir de plus en plus par les NTIC : échange d'informations, avis ou consultation à distance (lorsque les ressources sont trop éloignées et/ou pour apporter du confort à l'utilisateur entravé dans ses déplacements), repérage d'un besoin d'intervention rapide au domicile. Le maintien de la qualité au domicile peut en être facilité, et d'autres formules d'habitat sont rendues possibles, intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-domicile. Une veille reste nécessaire sur le développement du numérique et ses effets.

30. L'article 107 sur les groupements hospitaliers de territoire modifie l'article L. 6132-1 du Code de la santé publique. Il prévoit que les ESMS de statut public peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Celle-ci définit un projet médical partagé et peut comprendre des délégations et des transferts d'activités, ainsi qu'une organisation commune des activités et des emplois concernés.

Dépasser l'hétérogénéité des découpages territoriaux et des dispositifs

Définir des territoires de coordination et d'action adaptés aux parcours

La complexité induite par des découpages territoriaux hétérogènes est souvent dénoncée. À la répartition des compétences administratives entre différents échelons territoriaux (régionaux, départementaux, intercommunaux, communaux) s'ajoutent l'organisation de leurs interventions par thèmes et par territoires ainsi que l'empilement de dispositifs.

Le Conseil de la CNSA considère que le constat de l'hétérogénéité des territoires d'intervention et des dispositifs doit être dépassé par un effort de complémentarité et de coordination des actions.

La délimitation des territoires de santé dans la première génération de projets régionaux de santé (PRS) en 2010-2011 a souvent été opérée en fonction des limites départementales. Elle s'est heurtée à la critique d'un découpage artificiel, mais a eu l'avantage de faciliter le dialogue institutionnel en faisant coïncider les territoires d'intervention avec les schémas départementaux.

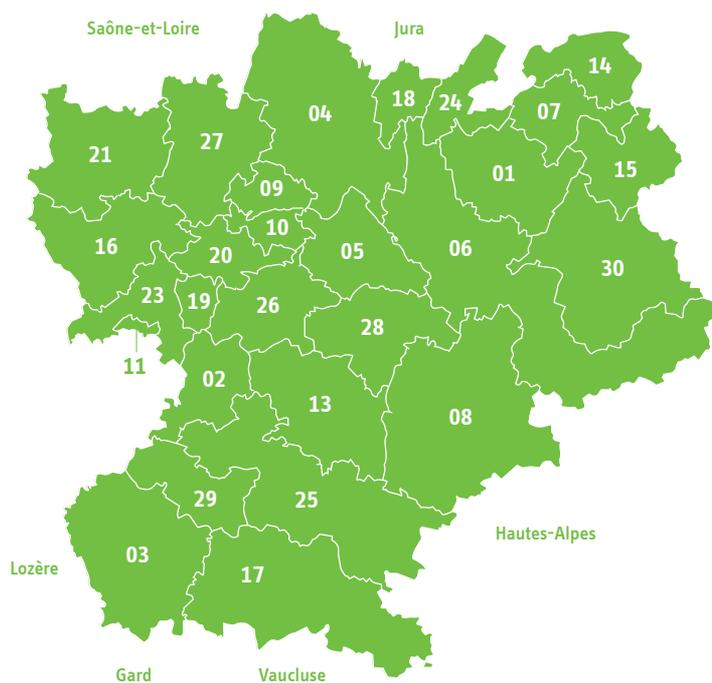
L'élaboration des futurs PRS est l'occasion de dessiner les territoires d'intervention sur les bassins de vie en fonction des problématiques qui ont émergé ou se sont renforcées (prise en charge de l'autisme, des troubles « dys », filières gérontologiques, offre de répit pour les aidants non professionnels), selon un critère de proximité des besoins et de l'offre, au service de parcours de santé globaux, coordonnés, fluides et gradués.

Avec la loi Santé, le législateur a aussi décidé d'une autre organisation de la santé mentale³¹.

La mise en œuvre de cette disposition sera déterminante dans l'amélioration de l'accès à l'offre de soins psychiatriques, en complémentarité d'un accompagnement médico-social.

En effet, « le territoire défini doit traduire le parcours réel des usagers et les relations habituelles entre les professionnels³² ». L'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge du public visé est concerné. La transformation de l'offre de prise en charge et d'accompagnement et l'évolution

FOCUS



Les filières gérontologiques en Rhône-Alpes

Vingt-huit filières gérontologiques intègrent progressivement autour des acteurs sanitaires et médico-sociaux ceux de la filière Alzheimer, de l'accompagnement à domicile, les professionnels paramédicaux et médicaux libéraux, la psychiatrie ainsi que des représentants des usagers. L'objectif est un parcours de proximité sans rupture et global. Les filières s'entendent comme un maillage coordonné des acteurs.

- | | |
|---|---|
| 01 Anancy-Rumilly | 16 Personnes âgées du Forez |
| 02 Ardèche Nord | 17 Montilienne |
| 03 Sud Ardèche | 18 Pays du Haut-Bugey |
| 04 Pays de l'Ain | 19 Vallée du Gier |
| 05 Nord-Isère | 20 Rhône Sud |
| 06 Savoie - Belley | 21 Pays roannais |
| 07 Alpes - Léman | 23 Bassin de Saint-Étienne |
| 08 Grenoble - Bassin Sud Isère | 24 Saint-Julien - Pays de Gex et Bellegarde |
| 09 Lyon Nord | 25 Bassin de Valence |
| 10 Rhône Centre | 26 Région de Vienne |
| 11 Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire | 27 Rhône Nord |
| 13 Drôme Nord | 28 Pays voironnais |
| 14 Chablais | 29 Ardèche méridionale |
| 15 Pays du mont Blanc | 30 Tarentaise |

Les filières n°s 12 et 22 initialement prévues ont été intégrées à des filières voisines.

Source : DHGA, ARS Rhône-Alpes / fonds OSM, 2015.

31. L'article 69 de la loi de Modernisation de notre système de santé modifie les articles L. 3221-1 du Code de la santé publique et suivants. La politique de santé mentale est déclinée en projets territoriaux de santé mentale, établis à partir de diagnostics partagés, notamment entre ESMS et associations. Les actions de mise en œuvre de ces projets sont inscrites dans des contrats territoriaux de santé mentale passés entre l'ARS et les acteurs concernés. Des conseils locaux de santé mentale peuvent être installés et les conseils territoriaux de santé (voir article 158) comprennent une commission dédiée à la santé mentale. Une communauté psychiatrique de territoire peut être constituée entre établissements du service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. La mission de psychiatrie de secteur est encadrée, ainsi que les activités de soins psychiatriques sans consentement.

32. « Les filières gérontologiques », fiche repère de l'ARS Rhône-Alpes, juin 2015.

des pratiques professionnelles s'opèrent dans la proximité des besoins et des attentes. Ces territoires de référence pour le parcours, notamment des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, sont des outils d'aide à la décision au service de la planification, de l'organisation et de la répartition de l'offre.

Veiller à la cohérence des dispositifs d'intégration et de coordination

Plusieurs dispositifs de coordination ont émergé ces dernières années, particulièrement dans le champ des personnes âgées, dans l'objectif d'une prise en charge globale de la personne malgré la multiplicité des interventions : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Si chaque dispositif a son intérêt propre, leur articulation sur le terrain est un sujet de préoccupation pour les acteurs du territoire qui cherchent à leur donner une cohérence qui n'a pas été prévue lors de leur conception.

La loi de Modernisation de notre système de santé instaure la plateforme territoriale d'appui (PTA). Pour le Conseil, elle aura une véritable valeur ajoutée à condition d'être conçue dans la subsidiarité, pour articuler les dispositifs existants sans s'y substituer, appuyer les professionnels de premier recours et réguler les seuls cas individuels pour lesquels un dispositif de coordination n'aurait pas déjà été mobilisé. Plusieurs régions ont mis en place des structurations spécifiques pour renforcer la cohérence entre ces dispositifs et avec les autres acteurs de santé. Il conviendra d'en tenir compte pour la mise en place des PTA.

Promouvoir des fonctionnements en dispositifs intégrés

Dans les années qui viennent, des dispositifs plus intégrés devraient se développer en proximité sur les territoires.

D'ores et déjà, l'expérimentation du fonctionnement en dispositif des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) vise à adapter de façon souple la réponse apportée aux jeunes concernés,

dans le cadre de partenariats locaux et d'un conventionnement avec la MDPH : après orientation vers le dispositif ITEP, le changement de modalité d'accueil ou de scolarisation est opéré en fonction de la variabilité des besoins, sur décision unanime de l'équipe de suivi et sans nouvelle notification³³.

Le « contrat territorial de santé mentale » introduit par la loi de santé pourrait aussi permettre de tester des actions dérogatoires, en fonction du diagnostic et des caractéristiques locales, pour les personnes en situation de handicap psychique (doubles notifications, doubles prises en charge).

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont également pour enjeu de mieux articuler, auprès des personnes, soins et aide à domicile.

► Préconisations

- Renforcer l'investissement collectif dans les technologies de l'information et de la communication pour faciliter l'accès, par les personnes et par les professionnels, aux ressources et aux expertises, même éloignées.
- Utiliser la généralisation des CPOM comme un levier pour une recomposition fine de l'offre sur les territoires et rédiger les cahiers des charges nationaux des CPOM de manière à conjuguer harmonisation et adaptabilité aux situations locales.
- Renforcer l'articulation entre ARS et départements dans l'élaboration des schémas et le pilotage stratégique de l'offre, grâce à des pratiques partagées en matière de diagnostic, de définition des orientations, de programmation et de stratégies d'action.
- Développer les démarches de construction partagée sur les territoires pour adapter l'offre ; affirmer l'engagement conjoint des acteurs pour apporter une meilleure réponse aux personnes, sans diluer les responsabilités.
- Faciliter la lisibilité et l'articulation des différents dispositifs de coordination, d'appui aux parcours et d'intégration sur les territoires.

33. La première phase de l'expérimentation (2013-2014) a permis de définir dans chaque région les conditions et les modalités de mise en œuvre, particulièrement les modalités de tarification des établissements et l'orientation en dispositif ITEP. La seconde phase de l'expérimentation (2014-2017) doit permettre de mesurer ses effets sur le parcours de l'utilisateur. Une évaluation nationale est donc prévue à son terme. L'article 91 de la loi de Modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour les ITEP, sur l'ensemble du territoire, de fonctionner en dispositif, sous réserve d'un vote de la MDPH avant le 31 décembre 2017 et de la signature d'une convention avec les acteurs locaux.

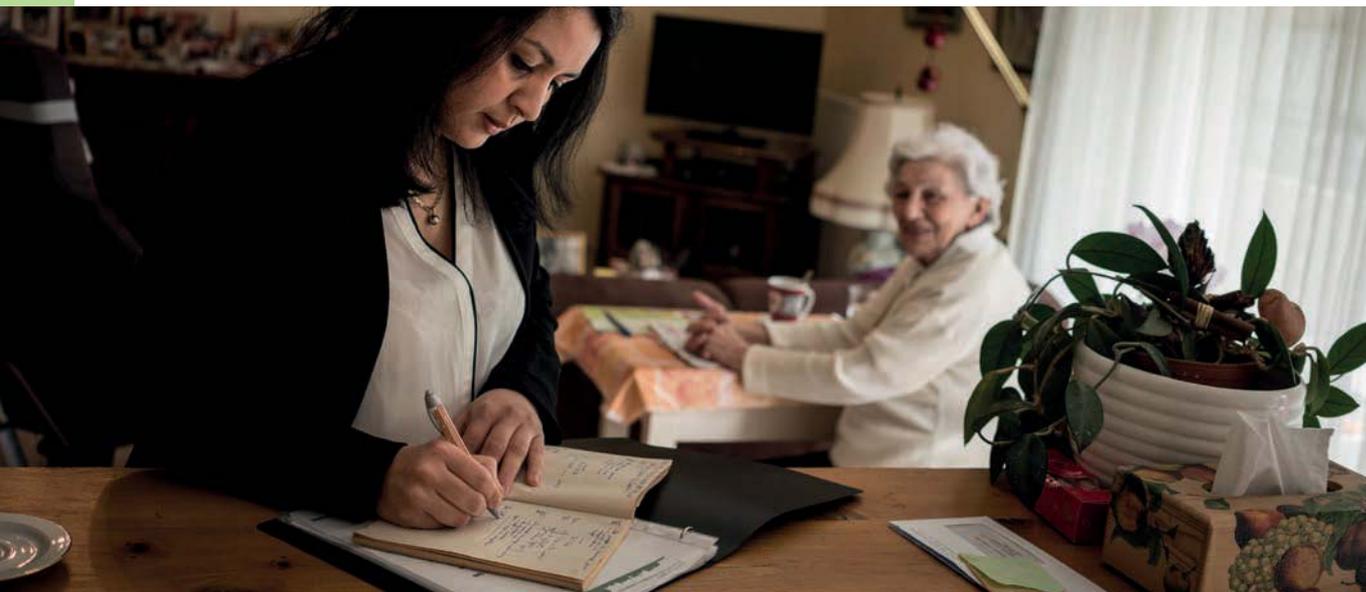
C. Miser sur l'intelligence collective des acteurs des territoires

Faire face aux impératifs de continuité dans le parcours de vie, à la construction de réponses plus globales, suppose la mobilisation concertée des ressources du territoire et le rapprochement des acteurs. De leur engagement partagé découle la conception d'autres solutions d'accompagnement. Les acteurs sur les territoires ont fait la preuve depuis des années, à travers de nombreuses initiatives locales, de leur intelligence collective.

Il s'agit donc de favoriser cette capacité d'innovation locale, en offrant un socle national partagé pour garantir l'égalité de traitement, et de mieux capitaliser ces initiatives pour en nourrir les politiques nationales et locales.

À condition de ne pas être trop précis, ils facilitent la capacité à concevoir et à faire ensemble sur les territoires, en prenant en compte les caractéristiques locales, les besoins et les attentes des habitants. Pour le Conseil, les cadres nationaux doivent être conçus avec souplesse et ainsi favoriser les initiatives locales, qui constituent la richesse de politiques déconcentrées et décentralisées.

Miser sur l'intelligence collective dans les territoires suppose d'en favoriser l'expression, mais aussi d'accepter une prise de risque, de la complexité et de la diversité. Les cadres budgétaires doivent pouvoir ménager des espaces de souplesse pour rendre possibles ces initiatives y compris lorsqu'elles n'ont pas été anticipées dans la réglementation. Pour autant, cette confiance a priori dans la capacité des acteurs locaux à



Concevoir des cadres nationaux souples

Favoriser les initiatives locales et capitaliser les projets et les bonnes pratiques

Les cadres établis au niveau national sont indispensables : porteurs de concepts et pratiques communs, ils sont garants d'une certaine homogénéité et de l'égalité de traitement. Ils peuvent également être des leviers pour progresser sur des bases partagées sur l'ensemble du territoire national.

penser et mettre en œuvre l'évolution des réponses aux personnes n'est pas un laissez-faire. Dès lors, « le partenariat territorial est un creuset d'innovations³⁴ ».

La capitalisation des initiatives et des bonnes pratiques après objectivation des facteurs de réussite peut également nourrir les politiques nationales ainsi que l'essaimage sur d'autres

34. Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, entretien réalisé pour ce rapport.

territoires. L'animation de ses réseaux (ARS, départements, MDPH, associations, etc.) par la CNSA doit y contribuer.

Des logiques en tension

Un niveau de contrainte plus ou moins élevé caractérise le contenu des cadres nationaux et leur interprétation sur les territoires. Différentes logiques sont à l'œuvre dans les cadres nationaux. Des approches potentiellement novatrices, misant sur l'échange entre niveau national et acteurs locaux, sont déjà à l'œuvre. Ainsi, la préfiguration des conférences des financeurs dans vingt-quatre départements avant même l'adoption de la loi a reposé sur l'ambition de nourrir le niveau national des premières expériences de terrain, aussi bien pour l'élaboration par la DGCS des textes d'application que pour la production par la CNSA des outils d'aide à la généralisation des conférences. Le déploiement par vagues de la « Réponse accompagnée pour tous », avec le dispositif d'appui national et local aux sites pionniers, relève de la même approche. Pour porter tous ses fruits, la dialectique de construction partagée entre les échelons territoriaux doit pouvoir se maintenir sur tout le processus.

Dans un autre domaine d'action, qui pourrait inspirer les politiques de l'autonomie, la démarche AGGILE, « Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion », repose sur une adaptation à la diversité des territoires et aux relations préexistantes entre les acteurs locaux. Le cadre précise les objectifs à atteindre plutôt que les modalités. Les parties prenantes sont invitées à expérimenter coordination opérationnelle des intervenants et coordination stratégique entre institutions. Un appui national est prévu pour l'accompagnement à la conduite du changement et les échanges de pratiques. Les objectifs sont multiples et sont similaires aux enjeux actuels du secteur médico-social : favoriser la connaissance des acteurs sur un même territoire d'action, orienter correctement les personnes bénéficiaires, veiller à la continuité et à la complémentarité des interventions, partager l'observation des besoins pour définir des priorités conjointes et des actions communes.

S'agissant des cahiers des charges nationaux des dispositifs à déployer sur les territoires, l'équilibre entre définition d'un socle commun et souplesse d'application est souvent difficile à atteindre. Les acteurs locaux, ARS comme départements, se plaignent ainsi de la rigidité du cahier des charges des MAIA maintenant que la phase d'expérimentation est largement passée et que les dispositifs doivent trouver leur place dans les dynamiques territoriales.

Certains acteurs craignent que le cahier des charges de l'expérimentation SPASAD, qui vise à engager un mouvement commun, mais est précis et basé sur l'existant, ne freine certaines initiatives locales.

FOCUS

Les équipes relais pour les handicaps rares

Les schémas dédiés aux handicaps rares promeuvent coordination et souplesse. Les territoires d'intervention des équipes relais dépassant les frontières administratives régionales, l'élaboration des appels à projets subséquents a nécessité une réflexion conjointe entre les ARS concernées. Reposant sur la mobilisation conjointe d'expertises spécifiques et diverses, qui ne sont donc pas portées par un même établissement ou service, la réponse à ces appels à projets a nécessité un rapprochement d'acteurs, dont certains n'étaient pas considérés, ou ne se considéraient pas, comme relevant du champ des handicaps rares. Cette structuration de l'offre d'accompagnement des handicaps rares a pu décontenancer ARS et organisations gestionnaires, et le niveau d'intégration diffère selon les territoires.

La pratique des appels à projets (AAP) montre aussi comment la mise en œuvre locale peut se révéler plus rigide que le cadre national. L'observation des AAP lancés par les ARS et les départements depuis la mise en place de la procédure révèle des pratiques inégalement favorables à l'initiative locale. Dans nombre de cas,

la réponse est souvent prédéterminée par un cahier des charges très précis, freinant la conception de réponses différentes. Les appels à projets lancés en Pays-de-la-Loire sont souvent cités comme des exemples de bonnes pratiques. Le réflexe d'un cadre strict reste prégnant, quel que soit l'échelon de compétence, et le vecteur des AAP expérimentaux est insuffisamment mobilisé.



Donner d'autant plus de sens à l'action que les contraintes budgétaires sont fortes

La contraction de la dépense publique pèse à tous les échelons, qu'il s'agisse de financer des prestations individuelles de compensation ou l'offre d'accompagnement collectif. La trajectoire de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), y compris de l'ONDAM médico-social, qui a pourtant été plus préservé, en est un des révélateurs. Après avoir affirmé leur légitimité à agir dans le champ de l'action sociale et des politiques de l'autonomie, alors que gouvernement et parlementaires ont un temps envisagé leur suppression à la faveur de la réforme territoriale, les conseils départementaux dénoncent la dégradation de leurs finances, sur lesquelles pèsent les prestations sociales, au premier rang desquelles le revenu de solidarité active.

Dans ce contexte, la tentation comptable est forte. La gestion des moyens disponibles, par ailleurs essentielle, ne doit pourtant pas primer sur la définition des orientations politiques. Il importe de préserver le sens de l'action. Le réflexe du « dépenser moins » est à remplacer par la mobilisation collective pour « investir autrement ». Cela suppose de travailler collectivement, et dans la concertation, à l'évolution des pratiques, au maillage des réponses, à l'adaptation de l'offre, avec toujours en fil rouge l'intérêt de la personne âgée et de la personne en situation de handicap. Dans ce contexte, tous les acteurs des politiques de l'autonomie – et pas seulement les financeurs – sont à la fois parties prenantes et garants de la recherche des solutions.

Sans cela, les réponses aux besoins subissent une dégradation. Des associations dénoncent ainsi la diminution du volet « aide humaine » des plans personnalisés de compensation alors que la situation de la personne handicapée reste inchangée, qu'elle ait ou pas déménagé dans un autre département. Les échanges entre les gestionnaires et les autorités de financement se limitent à une négociation du volume des moyens. Le risque est réel que les inégalités augmentent en fonction des capacités économiques locales.

► Préconisations

- Privilégier des cahiers des charges d'appels à projets suffisamment souples pour soutenir la capacité d'initiative et d'innovation des organisations gestionnaires et inciter à la diversification des réponses.
- Développer l'apport de la CNSA dans la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.
- Concevoir des cadres nationaux laissant de la marge aux initiatives locales, tout en veillant à l'harmonisation des pratiques entre les territoires.

3

Le territoire comme ressource pour une société inclusive



Le Conseil a défini l'autonomie dans le rapport de 2010 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 ». Une approche large de l'autonomie a vocation à englober tous les aspects de la vie ; elle dépasse largement le champ des politiques sociales et ne peut trouver sa pleine traduction que dans une société inclusive, dont le territoire est le creuset. Tel est le sens de la loi de 2005, ainsi que de la loi ASV, qui fait du vieillissement de la population l'affaire de tous, et dont le rapport annexé interpelle toutes les politiques publiques.

Considérer les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comme des habitantes à part entière questionne aussi les réponses à leur apporter et les modalités de compensation de la perte d'autonomie, à domicile comme en établissement : « l'approche territoriale est un vecteur pour penser autrement³⁵ ». Ainsi, l'établissement ou le service médico-social devient véritablement un acteur du bassin de vie dès lors

35. Dominique Argoud, « Le vieillissement : un enjeu pour le développement durable des territoires ? », in « Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires », actes du colloque de l'INSET d'Angers, 2010, p.20.

qu'il se positionne par rapport aux personnes accompagnées pour soutenir la réalisation de leur projet de vie sur leur territoire.

Les politiques de l'autonomie sont souvent perçues comme une source de dépenses. Elles méritent aussi d'être vues aussi comme une dimension du développement local.

A. Le territoire, creuset de la société inclusive

Traduire dans les politiques locales l'ambition d'une société inclusive

En 2060, les Français compteront 60 % de personnes âgées de plus de 65 ans en plus. Et dès aujourd'hui les personnes handicapées exigent d'avoir pleinement droit de cité. Les réponses collectives et individuelles à ces enjeux dépassent largement le seul champ de l'action sociale et interpellent toutes les politiques publiques qui se déploient sur les territoires³⁶.

36. Voir à ce propos le rapport du Conseil économique, social et environnemental *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, rapporteure Christel Prado, juin 2014.

C'est sur le territoire que se développent et se maillent des réponses plus globales aux personnes âgées ou handicapées et à leurs proches : en termes de logement adapté, de mobilité, de lutte contre l'isolement, de scolarisation et d'accès aux activités périscolaires, d'insertion professionnelle, d'accès aux loisirs et à la culture, etc. Handicap et vieillissement doivent être pris en compte, structurellement, au sein de l'ensemble des politiques territoriales. L'accessibilité de l'espace et des lieux publics est une dimension clé.

FOCUS

Adapter l'urbanisme à la transition démographique

L'habitat est « la première condition de l'autonomie³⁷ ». Sur un territoire, il doit donc s'adapter aux particularités de la population et anticiper les modes de vie. Le rapport annexé à l'article 2 de la loi ASV prévoit ainsi que les outils de programmation en matière de logement, dont le programme local de l'habitat (PLH), prennent en compte la problématique de l'habitat des « âgés » à la fois en milieu urbain et en milieu rural. Le PLH doit indiquer, au titre des moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement, « les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants³⁸ » (article L. 302-1 du Code de la construction et de l'habitation).

37. Rapport annexé à la loi ASV.

38. *Le logement et la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015*, Agence nationale pour l'information sur le logement, http://www.anil.org/fileadmin/ANIL/Analyses_juridiques/loi_adaptation_societe_vieillessement.pdf.

Construire sur les territoires une société plus inclusive, développer des politiques de l'autonomie élargies, est un enjeu de démocratie locale et une dimension d'un projet politique local. Des collectivités sont déjà largement engagées dans

ces approches, ainsi qu'en témoigne le réseau des villes Amies des aînés, ou bien les politiques d'accessibilité de l'espace comme des services publics.

Cela engage les différents niveaux des territoires, de la commune à la région, et passe par des alliances entre eux et au sein des intercommunalités, pour mettre en synergie les compétences et les ressources du territoire autour de projets partagés plutôt que juxtaposés.

Le Conseil de la CNSA attend que les CDCA, avec leur composition élargie au-delà du champ médico-social, soient des aiguillons pour une société inclusive, avec des traductions concrètes sur les territoires de vie. L'enjeu est le développement de l'accès à tout pour tous. Cela passe par la prise en compte du vieillissement et du handicap dans toutes les politiques publiques locales.

Faire des politiques de l'autonomie une dimension du développement social local

Comme en témoignent les pratiques locales déjà à l'œuvre, le territoire ne devient pleinement fédérateur que lorsque son pilote institutionnel parvient à faciliter l'interconnaissance et la mobilisation des différents acteurs de la société civile, professionnels ou bénévoles, autour de principes et de projets communs. C'est ce qui accroît « le pouvoir d'agir » collectif.

À ce titre, les politiques de l'autonomie gagnent à être appréhendées elles aussi dans une logique de développement social. Ce « mode de traitement global visant au maintien actif dans notre société des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap, l'isolement, etc. [est un] processus de mobilisation des potentialités locales³⁹ ». Agir pour remédier à la solitude des aînés, à la précarité des personnes en situation de handicap sans emploi ou dans l'incapacité de travailler, suppose de « mobiliser l'ensemble des forces vives d'un territoire pour en renforcer la cohésion⁴⁰ », car « c'est bien à travers le rapport de proximité entre l'habitant

39. Jean-Louis Sanchez, *op. cit.*, pp. 21-22.

40. *Ibid.*

et son environnement immédiat que peut se mesurer pour l'essentiel la performance du vivre-ensemble⁴¹ ».

FOCUS

Monalisa

Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés) est une initiative nationale⁴² qui mise sur des initiatives locales, construites dans la proximité, à travers des alliances entre la société civile, dont les bénévoles, et les pouvoirs publics.

42. Cette initiative a été structurée sous format associatif national en 2012.

Ces approches intégratives et citoyennes au plus près des réalités locales font émerger d'autres solutions et d'autres ressources. C'est ce dont témoignent par exemple les solutions de cohabitation intergénérationnelle, où des personnes âgées offrent une solution d'hébergement à des jeunes dans leur appartement, en contrepartie de présence et de menus services.

Impliquer les habitants sur leur territoire

La mobilisation des institutions, des organisations et des professionnels pour la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie sur les territoires est indispensable mais ne suffit pas : le territoire devient le creuset d'une société inclusive quand les personnes directement concernées sont considérées comme des habitantes à part entière, associées au débat local, et lorsque la démocratie de proximité intègre les questions du handicap et du vieillissement.

Favoriser l'expression et tenir compte de la parole de la personne en situation de handicap et de la personne âgée, en tant qu'habitantes et citoyennes, et pas seulement comme bénéficiaires d'une prestation sociale ou usagères d'une structure médico-sociale, questionne la nature même de

leurs besoins. Les attentes exprimées ne relèvent souvent pas tant de l'offre médico-sociale que d'initiatives favorisant ce qu'elles considèrent comme déterminant une bonne qualité de vie : des relations sociales, la facilitation des déplacements, la possibilité d'accéder aux lieux publics, aux biens et services, etc. Rechercher et prendre véritablement en compte la parole de la personne âgée et de la personne en situation de handicap en tant qu'habitantes de leur territoire participe aussi de leur reconnaissance sociale, de leur visibilité sociale.

L'enjeu est également de mettre à l'ordre du jour des instances de démocratie de proximité les sujets du handicap et du vieillissement, avec la prise de parole de personnes directement concernées. C'est aussi par ce biais qu'une compréhension concrète des sujets et de leur portée peut progresser, notamment en termes d'accessibilité, de solidarité de proximité, de localisation de l'offre. Comme sur d'autres sujets, la sollicitation des habitants du territoire, par-delà leur statut d'usager ou de représentant, « apporte un changement notable [...], les discussions n'étant pas centrées sur la question des moyens⁴³ ». Couplée à une démarche prospective, elle peut aider à l'émergence de réponses non codifiées, alternatives et innovantes.



41. *Ibid.*, p. 7.

43. Dominique Argoud, actes du colloque de l'INSET d'Angers, *op. cit.*, p. 23.

Les débats de démocratie en santé organisés par les CRSA peuvent également servir de cadres à la mobilisation des habitants. Une organisation rigoureuse est nécessaire pour permettre l'expression effective des participants, l'émergence de propositions et le consensus entre des participants aux profils variés (professionnels, habitants, représentants associatifs), sans prédéterminer les réponses.

FOCUS

L'exemple des débats publics en Franche-Comté

En Franche-Comté, la CRSA, la conférence de territoire et l'ARS ont organisé un débat public sur le thème « Vivre chez soi avec un handicap, une maladie chronique ou une diminution d'autonomie ». Des rencontres-témoignages, des ateliers participatifs et un forum de synthèse se sont échelonnés sur plusieurs mois et chaque fois dans des villes différentes. Les débats se sont tenus en soirée, dans des communes semi-urbaines, avec une communication préalable. Après une introduction problématique globale et concise, un large temps était dévolu à l'expression des participants, éventuellement répartis en petits groupes. Cette initiative a fait émerger le constat d'un habitat traditionnel inadapté à la perte d'autonomie et le besoin de faire connaître les prestations d'aide à domicile et de diversifier l'offre, notamment les résidences-services.

► Préconisations

- Intégrer la prise en compte du vieillissement et du handicap dans l'ensemble des politiques territoriales.
- Rechercher les coopérations entre collectivités territoriales au service de politiques inclusives et de l'accessibilité universelle.
- Faire des CDCA un aiguillon pour porter une vision inclusive des politiques locales.
- Prendre en compte la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans la conception et la mise en œuvre des politiques locales de l'autonomie et organiser leur expression.

- Affirmer le handicap et le vieillissement comme des sujets de débat dans les instances de démocratie de proximité.

B. Des personnes âgées et des personnes en situation de handicap habitantes et citoyennes

Conjuguer perception de l'espace vécu, autonomie et accessibilité

Le bassin de vie est « un espace où un habitant peut trouver les ressources nécessaires à sa vie quotidienne, au sens large, et y localiser l'ensemble des éléments de son habiter permanent⁴⁴ ». Le territoire relève aussi de la construction. Les habitants produisent une « représentation mentale [...] [qui] s'explique principalement dans la signification que revêt cet espace dans leur histoire de vie ainsi que la place qui est la sienne dans la mémoire collective⁴⁵ ».

Le rapport au territoire évolue avec la personne, notamment du fait de la perte d'autonomie. Celle-ci peut avoir pour conséquence un resserrement des déplacements et des habitudes de vie autour du domicile, particulièrement si elle n'est pas compensée par l'accessibilité des lieux publics et des transports, une facilitation des déplacements piétonniers, etc. Le risque est un isolement progressif et subi.

Considérer le rapport de la personne handicapée ou âgée à son territoire amène à concevoir un accompagnement plus respectueux de ses habitudes de vie et favorisant l'autonomie. L'utilisation de la carte mentale ou cognitive est riche d'enseignements. Cet outil représente la perception de l'espace vécu et permet d'observer « la qualité de vie sociale et environnementale⁴⁶ ». Or « un rétrécissement du territoire et une appropriation dégradée sont des facteurs de risques pouvant mener à la perte d'autonomie⁴⁷ ».

44. Jacques Levy, *op. cit.*, p. 237.

45. Frédéric Balard, intervention au colloque « Territoires gérontologiques : pour une réforme de nos politiques publiques », Fondation nationale de gérontologie, 14 janvier 2010.

46. Brigitte Nader-Hallier, « Cartes mentales et qualité de vie », in *Usagers et limites des territoires*, CLEIRPPA, Cahier n° 44, novembre 2011, p. 10.

47. *Ibid.*, p. 12.

La prévention de la perte d'autonomie s'appréhende aussi géographiquement. La carte mentale pourrait être utilisée, par exemple par des services d'aide à domicile, pour évaluer le degré d'appropriation du territoire de proximité par la personne et adapter l'accompagnement en conséquence.

sensible lorsque, par exemple du fait d'une entrée en EHPAD, elles ont quitté le bassin de vie dans lequel elles avaient leurs habitudes et leur réseau relationnel. La rupture vécue est d'autant plus brutale que la distance est grande, comme lors des prises en charge contraintes en Belgique.



La réappropriation de l'environnement pour le maintien de l'autonomie suppose d'agir sur différents facteurs : l'état de santé, l'accès aux lieux publics, le recours aux transports publics, la fréquentation de lieux de convivialité. Cette réappropriation est facilitée, voire conditionnée, parfois, par l'accessibilité de la ville.

Lorsque la personne ne peut plus se déplacer pour profiter des services et de son environnement de proximité, la réponse peut être apportée par la délivrance de services à domicile. Le portage de livres organisé par certaines bibliothèques municipales avec des jeunes en service civique a montré tout son intérêt pour préserver à la fois le plaisir de la lecture et le lien social.

Favoriser un fonctionnement inclusif de l'offre médico-sociale sur son territoire

Les personnes accueillies en établissement doivent pouvoir être des habitantes à part entière de leur territoire de vie ; c'est une dimension de l'autonomie au quotidien. C'est encore plus

L'ouverture sur le territoire recoupe d'abord des enjeux de localisation de l'offre. L'implantation dans un bourg, en centre-ville ou dans un quartier desservi fréquemment par des transports en commun accessibles rend possible le recours autonome aux services (notamment aux loisirs, à la culture) et aux commerces de proximité. D'où l'importance de politiques locales d'urbanisme facilitantes pour des implantations d'ESMS, en particulier en cas de fortes tensions sur le foncier. Préparer et accompagner ces implantations par la concertation locale est une condition de bonne intégration à leur environnement ; l'hostilité du voisinage n'est pas rare. L'implication des responsables politiques locaux est alors déterminante pour défendre la place de tous dans la cité.

Pour des sites isolés, hérités de logiques d'implantation anciennes, le constat d'obsolescence du bâti, avec son impact massif en termes d'investissement, peut être l'occasion de poser la question du changement de localisation, même si ces projets sont toujours délicats à mener.



FOCUS

Typologie de la mobilité individuelle en établissement

L'implantation de l'établissement, les pratiques professionnelles et les modalités d'accompagnement déterminent la mobilité des usagers. Trois types de mobilité peuvent être identifiés⁴⁸ :

- la mobilité individuelle domocentrée, fortement dépendante de l'institution : les personnes ne sortent pas seules ou alors dans un périmètre réduit. Elles ont un mode de vie insulaire, parce que l'établissement est isolé, non desservi, ou situé dans un quartier résidentiel sensible ;
- la mobilité individuelle et collective : les professionnels accompagnent les usagers qui ne peuvent se déplacer seuls vers les équipements de proximité, dans un environnement accessible et doté de transports ;
- la mobilité individuelle importante : les usagers sont des « navigateurs » dans un large périmètre autour de l'établissement, situé dans un quartier commerçant en milieu urbain et doté de transports. La collectivité tend à s'effacer.

⁴⁸. Noémie Rapegno, *op. cit.*, pp. 7-8.

La localisation ne détermine pas à elle seule l'ouverture sur la cité. Le développement d'activités de sortie ou d'accompagnement individuel, notamment lorsque l'établissement est isolé, est tout aussi important. La mobilisation des ressources externes de proximité, qu'elles relèvent de la prise en charge médicale ou paramédicale, d'activités culturelles ou de loisirs, évite de fonctionner en circuit fermé.

L'externalisation des unités d'enseignement au sein des écoles et collèges est une illustration de cette démarche inclusive, qui exige de la réciprocité dans la volonté d'ouverture et d'accueil de la part des services publics et partenaires concernés.

L'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement transforme le regard qui est porté sur eux, celui des habitants comme celui des élus locaux. Des projets collectifs mobilisant le voisinage, l'accueil d'interventions bénévoles, favorisent la rencontre, le développement des liens sociaux des personnes accueillies en établissement et un changement de regard sur le handicap et le vieillissement. Les initiatives qui renforcent le vivre-ensemble sont variées, et gagnent à se développer.

La conception architecturale participe de l'ouverture de l'établissement médico-social sur son environnement : la libre déambulation des usagers comme des habitants peut être facilitée, des espaces (salles de réunion, infrastructures

sportives, etc.) peuvent être conçus comme directement accessibles de l'extérieur pour faciliter des usages partagés. Des offres d'accompagnement social et médico-social complémentaires, parfois intergénérationnelles, peuvent être rapprochées en un seul lieu. De tels projets se heurtent toutefois au fléchage des aides à l'investissement. Leur financement devrait être facilité.

FOCUS

Le quartier intergénérationnel Simone-de-Beauvoir à Rennes

Fruit de la concertation entre la ville de Rennes et les associations des habitants, ce projet répond aux orientations définies dans le plan local de l'habitat et de l'urbanisme : construire une cité solidaire et durable, favoriser la mixité sociale et la densité urbaine, construire des logements neufs, sauvegarder un patrimoine et créer de nouveaux lieux de rencontre et d'échanges. L'espace Simone-de-Beauvoir comprend sept immeubles répartis autour d'une esplanade centrale, dont une résidence intergénérationnelle dans laquelle vivent des étudiants infirmiers, des familles et des personnes âgées. La résidence propose aussi un accueil pour personnes handicapées psychiques (huit studios et des locaux collectifs de vie) et un accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Au pied de la résidence, le restaurant Fourchette et compagnie est un espace associatif dans lequel les activités proposées l'après-midi sont financées sur le chiffre d'affaires.

L'évolution des attentes des personnes âgées et des personnes en situation de handicap implique aussi de penser dès aujourd'hui et pour demain d'autres types de réponses, qui articulent ressources du milieu ordinaire et réponses médico-sociales, offre collective et compensation individuelle, dans des approches individualisées.

Les solutions dites d'habitat intermédiaire qui conjuguent logement de droit commun et accompagnement médico-social vont très probablement se développer dans les années à venir. L'habitat des personnes âgées et des personnes en situation de handicap doit être pensé dans une continuité, de l'habitat diffus à l'hébergement « médicalisé » en passant par l'habitat intermédiaire. Pour qu'une politique de l'habitat sur un public défini soit efficace, elle implique une mobilisation des différents partenaires (collectivités territoriales, Agence nationale de l'habitat - ANAH -, bailleurs sociaux, ARS, associations) dans la conception d'une stratégie territoriale transversale et cohérente. Le développement de ces réponses suppose aussi de consolider certains aspects du cadre juridique, comme les conditions de mutualisation partielle de la PCH.

► Préconisations

- *Poursuivre la mise en accessibilité de la cité pour permettre un réel droit de cité pour tous.*
- *Développer la dimension inclusive de l'offre médico-sociale et son ouverture sur la cité (localisation, architecture, mobilisation des services de droit commun, accueil par des bénévoles, etc.).*
- *Capitaliser et modéliser les expériences d'habitat intermédiaire pour en permettre un développement pérenne.*

C. Les politiques de l'autonomie, une dimension du développement local

Valoriser et anticiper sur les territoires les enjeux d'emploi et de formation

Les politiques de l'autonomie engendrent de l'activité sur les territoires. Vecteurs d'emplois non délocalisables, consommateurs sur leur territoire, les établissements et services médico-sociaux stimulent l'économie locale. Le vieillissement de la population va amplifier cette réalité, avec la nécessité de favoriser une offre de services à hauteur des besoins. Or des difficultés de recrutement se manifestent déjà, notamment dans le secteur de l'aide à domicile, aussi bien en zones rurales qu'en zones urbaines. Des questions de connaissance et d'attractivité de ces métiers sont posées (conditions de travail, temps partiel et amplitudes horaires, rémunérations, etc.).

Ces enjeux de recrutement appellent aussi des stratégies partagées entre départements et régions et organisations du secteur pour évaluer et anticiper les besoins, faire découvrir ces métiers, former (des jeunes comme des personnes en reconversion). Ces démarches, déjà à l'œuvre sur les territoires, vont devoir être développées.

Les financements de la section IV de la CNSA, mobilisés au titre de la modernisation du secteur de l'aide à domicile et de l'appui à la formation via les conventionnements avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), peuvent faire levier, sans se substituer aux financements de droit commun. Ces conventions avec les OPCA doivent être mieux connues des ARS et des conseils départementaux, pour s'intégrer à des stratégies encore plus partagées au niveau local.



L'ESMS, un acteur économique de proximité

Employeuse et génératrice d'emplois, la structure médico-sociale est aussi consommatrice de ressources sur son territoire. Elle peut à la fois privilégier celles qui sont produites localement et agir pour limiter le gaspillage. S'inscrire dans une approche de développement durable participe de l'amélioration de la qualité de vie quotidienne des personnes accompagnées. Certaines structures médico-sociales s'approvisionnent ainsi en

FOCUS

Les EHPAD, acteurs du développement durable

Le projet ADD'AGE (action-développement durable au service du grand âge) est une recherche-action menée par la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) et soutenue financièrement par la CNSA (section V). Le projet (2013-2015) a porté sur l'observation et l'analyse des pratiques responsables en matière économique, sociale et environnementale afin d'améliorer la qualité de vie et l'accompagnement de la personne âgée.

Les actions observées relèvent aussi bien des achats responsables, de la diminution de la consommation en énergies et CO₂, de la diminution de la consommation de déchets et de leur revalorisation, de l'habitat, des droits des personnes, de l'accessibilité, du management participatif. La démarche de responsabilité sociale des entreprises est une dynamique transversale à toutes les activités de la structure.

Les impacts observés sont pluriels : amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, de la gestion des consommations de la structure et ainsi du reste à vivre des résidents, bien-être au travail, renforcement de la performance de la structure.

circuit court pour la production des repas livrés à domicile ou consommés sur place. Ce faisant, elles participent à la dynamisation de l'agriculture locale, la qualité gustative et nutritionnelle des repas s'améliore, le gaspillage diminue et des économies de fonctionnement sont engendrées. La maîtrise des consommations énergétiques courantes est aussi un levier pour diminuer les frais d'hébergement et améliorer le reste à vivre des usagers.

La nature même de l'activité des ESMS infléchit le développement territorial. Ainsi, la préparation et le portage de repas par un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) auprès de personnes âgées facilitent leur maintien à domicile et la préservation de liens sociaux et intergénérationnels, tout en favorisant la reconnaissance sociale des travailleurs handicapés.

Ancrer sur les territoires le soutien à l'innovation sociale et technologique

Le vieillissement de la société et le handicap appellent des innovations pour mieux répondre aux besoins d'autonomie des personnes. Cela engendre des activités et de nouveaux produits, avec l'apport notamment du numérique. L'e-santé, qui se développe, a ainsi pour enjeu d'intégrer pleinement les sujets de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie. La *silver* économie a vocation à s'ancrer dans la réalité économique et sociale locale. Certains territoires sont déjà engagés dans des politiques de soutien

FOCUS

Des besoins aux usages, l'exemple du CENTICH

Le Centre d'expertise national des technologies d'information et de la communication pour l'autonomie (CENTICH) accompagne le développement de l'innovation et soutient les politiques territoriales d'autonomie en Pays-de-la-Loire :

- déploiement de la technicothèque, dispositif intégré à la maison départementale de l'autonomie (MDA) pour faciliter le recours aux aides techniques pour la compensation ;
- télé-médecine en EHPAD, avec le soutien de l'ARS, pour favoriser le recours aux consultations spécialisées ;
- futur Pôle Silver pour l'innovation (aides techniques, objets connectés, habitat).

Le CENTICH fait travailler ensemble collectivités territoriales, MDA, centre hospitalier universitaire, clusters, pôles de compétitivité et industriels.

à l'innovation, avec un maillage des acteurs de la recherche, petites et moyennes entreprises, acteurs sociaux. Cela suppose, notamment dans le champ des aides techniques et de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, d'allier innovation technologique, prise en compte des usages et innovations sociales.

Le rôle des ESMS dans la dynamisation et l'attractivité du territoire reste à valoriser : le faire-savoir est indispensable au partage du savoir-faire. Les organisations gestionnaires ont intérêt à mobiliser les outils de l'économie sociale et solidaire, qu'il s'agisse d'appui à l'ingénierie de projet (avec les dispositifs locaux d'accompagnement) ou de financement.

Ainsi, « les territoires [sont] la bonne échelle de l'innovation sociale : c'est à ce niveau que peuvent se nouer le plus facilement les coopérations et les mutualisations entre des acteurs divers, autour d'un projet commun et aux objectifs précis. Les acteurs de [l'économie sociale et solidaire dont font partie les ESMS non lucratifs] ont une place majeure à occuper dans les dynamiques d'innovation territoriale [pour éviter que] l'innovation demeure considérée sous l'angle technologique, hors sol et déconnectée des usages⁴⁹ ».

Tel est l'angle d'attaque que la CNSA doit privilégier dans son soutien à l'innovation dans le champ des aides techniques et des nouvelles technologies au service de la compensation. L'appel à projets thématique relatif à l'économie circulaire lancé en 2015 a ainsi retenu des projets allant dans ce sens.

► Préconisations

- *Valoriser la contribution des politiques de l'autonomie et des ESMS au développement local et à l'emploi.*
- *Construire des stratégies territoriales partagées pour traiter des enjeux de recrutement et de formation.*

49. Alexei Tabet, Union sociale, entretien du 1^{er} mars 2016.



Synthèse

Les politiques de l'autonomie sont ancrées sur les territoires, comme les personnes en situation de handicap et les personnes âgées auxquelles elles s'adressent, ainsi que les acteurs qui les mettent en œuvre. Inscrites dans le champ des politiques sociales et de santé, elles ne s'y résument pas. Au carrefour des acteurs nationaux et locaux, la CNSA est au service des dynamiques territoriales. Garante de l'égalité et de l'équité de traitement mais sans leviers d'action « coercitifs », elle agit par l'animation, la production d'outils partagés et l'harmonisation des pratiques.

Considérer la personne âgée et la personne en situation de handicap comme habitantes et citoyennes de leur territoire de vie, et le territoire comme une ressource et un cadre de cohérence pour l'action, donne sens à la complexité de la dimension territoriale des politiques de l'autonomie, dans une logique inclusive.

I – Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses

Face à la diversité géographique, démographique, socio-économique, il est essentiel de prendre en compte et d'anticiper les dynamiques territoriales. Les phénomènes de vieillissement de la population n'ont pas la même portée dans les zones urbaines denses ou sur des territoires ruraux en déprise démographique. Les taux de prévalence du handicap peuvent se recouper avec des contextes territoriaux de précarité sociale qui pèsent sur l'état de santé des populations.

L'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires s'inscrit aussi dans un temps long, elle est historiquement le fruit d'initiatives privées. Les attentes fortes d'accompagnement de proximité prenant en compte la situation de la personne dans sa globalité, selon une logique de parcours fluide, supposent d'accompagner dans la durée

rééquilibrage progressif et recomposition de l'offre, de mobiliser autrement les ressources présentes sur les territoires. La mission « Une réponse accompagnée pour tous » et la loi ASV sous-tendent cette dynamique d'évolution.

L'observation des disparités territoriales est aussi celle des pratiques dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie, et c'est ce à quoi œuvre la CNSA, auprès des MDPH et bientôt des équipes médico-sociales des conseils départementaux.

L'observation partagée des dynamiques territoriales est déterminante pour dépasser la seule approche chiffrée, nécessaire mais insuffisante, de l'offre et des besoins.

Elle renforce la pertinence de la planification sur les territoires d'intervention. L'égalité prônée par le Conseil de la CNSA dépasse une conception réductrice consistant dans l'application de taux d'équipement identiques. Le suivi des orientations prononcées par les MDPH, déjà nécessaire pour améliorer le traitement des situations individuelles, est d'autant plus important pour affiner et objectiver la connaissance des besoins sur les territoires.

Le cadre légal des politiques de l'autonomie vise à garantir l'égalité de traitement sur les territoires.

Cet objectif est fortement affirmé dans les missions de la CNSA. Le mouvement de décentralisation a contribué historiquement à la réduction des inégalités, à travers un investissement important des collectivités locales dans le développement de l'offre et les prestations, au sein de politiques d'action sociale qui se sont profondément transformées au fil du temps. L'impact des récentes lois de réforme territoriale doit être suivi pour éviter un regain des inégalités dans la durée, notamment entre les métropoles et les autres territoires.

Sur fond de difficultés financières de certaines collectivités, le niveau d'investissement dans l'action sociale, en plus d'être lié à la répartition inégale de la ressource, reste un choix politique local, qui influe sur la réduction des inégalités entre les personnes.

L'extension du périmètre géographique de compétence des ARS, conformément au découpage des nouvelles régions, apporte de la souplesse dans l'allocation de la ressource et la programmation de l'offre. L'animation des acteurs et l'organisation infrarégionale seront déterminantes pour contrebalancer l'éloignement du niveau décisionnel.

II – Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décroisées

Mieux répondre aux besoins et aux aspirations des personnes suppose de dépasser la logique des tuyaux d'orgue pour affirmer une approche transversale des politiques de l'autonomie. Celle-ci a vocation à se concrétiser aussi bien dans l'organisation des services des autorités compétentes, dans leur articulation entre elles, que dans la mobilisation par elles des acteurs sur les territoires. La territorialisation des services départementaux peut être un levier de décroisement. La « Réponse accompagnée pour tous » est emblématique de ce renouvellement des pratiques dans une logique systémique. Les CDCA s'inscrivent dans ce mouvement de prise en compte de toutes les dimensions du handicap et du vieillissement sur les territoires de vie. Les conférences des financeurs sont aussi une opportunité pour construire des stratégies partagées de prévention de la perte d'autonomie.

Ces nouveaux cadres d'action appellent, pour la CNSA, au développement d'une animation croisée entre ses réseaux de partenaires,

particulièrement les conseils départementaux, les MDPH et les ARS, par la conception partagée d'outils, le soutien à leur déploiement et la capitalisation des expériences pour le

rapprochement des acteurs et le développement d'une approche transversale de problématiques communes.

Le renforcement de la cohérence des actions sur les territoires dépend de l'efficacité de la gouvernance territoriale. Les stratégies d'action partagées démultiplient les capacités d'intervention des acteurs sur les territoires, particulièrement avec le rapprochement de la programmation des ARS et des conseils départementaux (échange de données, partage des éléments de diagnostic, d'analyse et de planification). Les démarches de consultation et de concertation légales gagnent à être enrichies par l'association des acteurs du territoire dès la phase d'observation des besoins, dans une logique de construction partagée.

La généralisation des CPOM constitue un levier pour une recomposition fine de l'offre. Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement au changement. Le maillage des ressources sur les territoires passe aussi par la mobilisation du milieu ordinaire, le partage d'expertises. Le recours au numérique pourrait faciliter, dans les années à venir, l'accès à des ressources éloignées et la mise en réseau des acteurs.

Le Conseil de la CNSA considère que le constat d'hétérogénéité des territoires d'intervention et des dispositifs doit être dépassé par un effort de complémentarité et de coordination des actions.

L'élaboration des futurs PRS est l'occasion de dessiner les territoires d'intervention dans les bassins de vie en fonction des problématiques observées, selon un critère de proximité des besoins et de l'offre, au service de parcours de santé mieux coordonnés.

Il est attendu des cadres nationaux, par ailleurs indispensables à l'égalité de traitement, qu'ils favorisent la capacité d'innovation locale, l'intelligence collective, en ménageant une certaine souplesse et une certaine simplicité. L'observation des appels à projets démontre tout l'intérêt à privilégier des cahiers des charges soutenant la capacité d'initiative des organisations gestionnaires, et incitant à la diversification des réponses.

La CNSA devra renforcer son apport à la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.

III – Le territoire comme ressource pour une société inclusive

Considérer les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comme des habitantes à part entière questionne les réponses à leur apporter et les modalités de compensation de la perte d'autonomie. C'est sur le territoire que se développent des réponses plus globales : logement adapté, mobilité, lutte contre l'isolement, scolarisation, insertion professionnelle, loisirs et culture, etc. Handicap et vieillissement doivent être appréhendés au sein de toutes les politiques territoriales. L'accessibilité des lieux publics est une dimension clé. Ainsi, les politiques de l'autonomie s'inscrivent dans le développement social.

Le Conseil attend des CDCA qu'ils soient un aiguillon du pouvoir d'agir collectif.

Construire sur les territoires une société plus inclusive est un enjeu de démocratie locale.

Le territoire devient le creuset d'une société inclusive quand les personnes directement concernées par le handicap ou la perte d'autonomie sont associées au débat local, lorsque la démocratie de proximité intègre leurs préoccupations et leurs propositions. C'est aussi par ce biais qu'une compréhension concrète des sujets peut progresser, notamment d'accessibilité, de solidarité de proximité, de localisation de l'offre.

Cette approche, intégrative et citoyenne au plus près des réalités locales, fait émerger d'autres solutions, avec la mobilisation d'autres ressources, articulant les ressources du milieu ordinaire avec celles du médico-social, par exemple pour développer d'autres formules d'habitat.

L'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement peut contribuer au quotidien à faire de leurs résidents des habitants, et à transformer le regard qui est porté sur eux.

Les initiatives qui renforcent le vivre-ensemble sont variées, et gagnent à se développer.

Les structures médico-sociales sont génératrices d'emplois. Des difficultés de recrutement se manifestent déjà, elles appellent des stratégies partagées entre départements, régions et organisations gestionnaires.

Les acteurs de l'autonomie peuvent être porteurs d'innovations pour mieux répondre aux besoins individuels d'autonomie.

L'e-santé, la *silver* économie, ont vocation à s'ancrer dans la réalité économique et sociale des territoires. Elles participent à la dynamique du développement local. Les politiques de l'autonomie sont ainsi un terreau pour l'innovation sociale. Le soutien de la CNSA aux projets innovants s'inscrit dans cette perspective.

Récapitulatif des préconisations du Conseil

I – Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses

1 > Renforcer l'évaluation partagée et prospective des besoins sociaux sur les territoires en matière de perte d'autonomie et de handicap par la production ou le recueil d'études et de recherches et le développement de pratiques partagées d'observation et de production de données.

2 > Veiller à ce que la CNSA y contribue à travers l'appui à l'informatisation du suivi des orientations prononcées par les MDPH, ainsi que par le soutien à la production de connaissances, en lien avec ses partenaires.

3 > Affiner la connaissance des flux entre les départements et hors du territoire national pour les prises en charge en établissements médico-sociaux, avec la contribution de la CNSA et de la DREES, notamment à partir des données de l'enquête ES.

4 > Développer la statistique publique pour mieux connaître les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, qu'elles soient accompagnées par une structure médico-sociale ou pas, et quel que soit leur territoire de vie.

5 > Recomposer et rééquilibrer l'offre médico-sociale dans la durée pour mieux l'adapter aux dynamiques sociodémographiques des territoires, dans une stratégie partagée impliquant les ARS, les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires, les associations de personnes, avec un soutien national exercé par la CNSA ; prendre en compte dans ces évolutions la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

6 > Mettre en œuvre des actions adaptées aux réalités des territoires ultramarins pour mieux répondre à l'ampleur de leurs besoins, sur la base d'orientations stratégiques.

7 > Réaffirmer la contribution de la CNSA à l'objectivation des disparités de traitement sur les territoires et leurs causes, rendre publiques les données et études les concernant, travailler à l'harmonisation des pratiques au service de l'égalité de traitement.

8 > Considérant la création des métropoles, intégrer un suivi de l'impact dans la durée des transferts et délégations de compétences entre les départements et les métropoles dans le champ de l'autonomie, notamment s'agissant des risques d'inégalité de traitement entre les territoires.

9 > Conforter l'ancrage territorial des ARS, dans le cadre de la réforme territoriale, pour soutenir la connaissance fine des territoires, l'accessibilité du niveau décisionnel et la capacité d'animation à travailler en réseau.

II – Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décloisonnées

10 > Privilégier, pour les départements et les ARS, des organisations internes et des modes de fonctionnement décloisonnés facilitant la construction de réponses plus globales pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

11 > Renforcer, comme prévu dans la COG 2016-2019, l'animation croisée par la CNSA des réseaux auxquels elle vient en appui (ARS, départements, MDPH, associations représentant les personnes âgées et les

personnes en situation de handicap) pour soutenir des dynamiques territoriales décloisonnées au service d'une amélioration des réponses. Maintenir dans la durée un appui particulier au déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous ».

12 > Renforcer l'investissement collectif dans les technologies de l'information et de la communication pour faciliter l'accès par les personnes et par les professionnels aux ressources et aux expertises même éloignées.

13 > Utiliser la généralisation des CPOM comme un levier pour une recomposition fine de l'offre sur les territoires et rédiger les cahiers des charges nationaux des CPOM de manière à conjuguer harmonisation et adaptabilité aux situations locales.

14 > Renforcer l'articulation entre ARS et départements dans l'élaboration des schémas et le pilotage stratégique de l'offre grâce à des pratiques partagées en matière de diagnostic, de définition des orientations, de programmation et de stratégies d'action.

15 > Développer les démarches de construction partagée sur les territoires pour adapter l'offre ; affirmer l'engagement conjoint des acteurs pour apporter une meilleure réponse aux personnes, sans diluer les responsabilités.

16 > Faciliter la lisibilité et l'articulation des différents dispositifs de coordination, d'appui aux parcours et d'intégration sur les territoires.

17 > Privilégier des cahiers des charges d'appels à projets suffisamment souples pour soutenir la capacité d'initiative et d'innovation des organisations gestionnaires et inciter à la diversification des réponses.

18 > Développer l'apport de la CNSA dans la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.

19 > Concevoir des cadres nationaux laissant de la marge aux initiatives locales, tout en veillant à l'harmonisation des pratiques entre les territoires.

III – Le territoire comme ressource pour une société inclusive

20 > Intégrer la prise en compte du vieillissement et du handicap dans l'ensemble des politiques territoriales.

21 > Rechercher les coopérations entre collectivités territoriales au service de politiques inclusives et de l'accessibilité universelle.

22 > Faire des CDCA un aiguillon pour porter une vision inclusive des politiques locales.

23 > Prendre en compte la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans la conception et la mise en œuvre des politiques locales de l'autonomie et organiser leur expression. Affirmer le handicap et le vieillissement comme des sujets de débat dans les instances de démocratie de proximité.

24 > Poursuivre la mise en accessibilité de la cité pour permettre un réel droit de cité pour tous.

25 > Développer la dimension inclusive de l'offre médico-sociale et son ouverture sur la cité (localisation, architecture, mobilisation des services de droit commun, accueil par des bénévoles, etc.).

26 > Capitaliser et modéliser les expériences d'habitat intermédiaire pour en permettre un développement pérenne.

27 > Valoriser la contribution des politiques de l'autonomie et des ESMS au développement local et à l'emploi.

28 > Construire des stratégies territoriales partagées pour traiter des enjeux de recrutement et de formation.



Rapport d'activité de la CNSA pour l'année 2015

Traduction en facile à lire et à comprendre réalisée grâce à la collaboration d'Élisabeth Bachelot, Louis Jurine et Béatrice Santarelli.

Recommandations du Conseil de la CNSA pour améliorer les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées dans les différents territoires en France

Introduction

La CNSA est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le Conseil de la CNSA est un ensemble d'associations et d'institutions en charge

de l'aide aux personnes âgées

et aux personnes handicapées.



Le Conseil de la CNSA se réunit pour prendre des décisions.

Le Conseil de la CNSA fait des recommandations tous les ans.

Le Conseil de la CNSA donne des recommandations pour améliorer les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées partout en France dans les territoires au niveau :



- des régions
- des départements
- des communes.

Les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics ont pour objectif d'aider les personnes âgées et les personnes handicapées à continuer à bien vivre malgré la vieillesse ou le handicap.

De nombreux intervenants mettent en œuvre des actions pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées

Il y a beaucoup d'intervenants qui mettent en œuvre des actions pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées :

- les départements
- les agences régionales de santé
- les communes
- les associations
- les établissements et les services pour les personnes âgées et les personnes handicapées
- les organismes qui gèrent ces établissements et services.

Les départements gèrent les MDPH, des aides individuelles et financent une partie des établissements pour les personnes handicapées.

Les MDPH sont les maisons départementales pour les personnes handicapées.

Les agences régionales de santé sont des administrations chargées de tout ce qui a un rapport avec :

- la santé
- la perte d'autonomie
- et le handicap

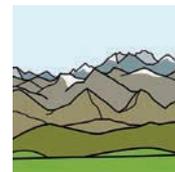
au niveau d'une région.

Les territoires en France sont nombreux et différents

Il y a beaucoup de territoires en France.

Ils sont tous différents.

Des territoires sont plus isolés que d'autres.



Par exemple les îles comme dans certains DOM TOM ou les endroits montagneux.

Des territoires ont un taux de chômage plus élevé que d'autres.

Des territoires ont une population plus vieille que d'autres.

Des territoires manquent d'établissements ou de services pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Des territoires manquent de médecins.

Les différences dans les territoires peuvent créer des inégalités

Les différences dans les territoires peuvent créer des inégalités dans l'accès aux soins ou aux droits en fonction de son lieu de vie.

Il faut que tous les intervenants dans les différents territoires s'organisent au mieux pour apporter des réponses égales à toutes les personnes âgées et handicapées.

La CNSA a pour mission d'aider à améliorer l'égalité de traitement des personnes âgées et des personnes handicapées quand elles ont besoin d'aide.



L'égalité de traitement c'est permettre à une personne d'avoir le même accompagnement et les mêmes aides quel que soit l'endroit où elle vit.

Pour cela la CNSA doit aider tous les intervenants à mieux travailler ensemble en prenant en compte de nouvelles lois :

- la loi qui modifie la carte des régions
- la loi pour les personnes âgées
- la loi pour rendre le système de santé plus performant.

Ces lois modifient les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées.

Mettre en place des actions pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées dans des territoires très différents

Pour mettre en place des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans des territoires différents il faut :

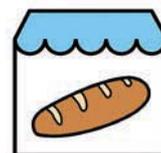
- **Faire des études pour :**
 - **observer les différences de pratiques dans les territoires**
 - **et mieux connaître les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.**

Cela améliore la connaissance de la réalité dans les différents territoires.

Par exemple la population vieillit.

Cela pose davantage problème dans certaines campagnes car :

- les commerces de proximité ont fermé
- les médecins ne s'y installent plus.



Dans ces conditions il est plus difficile pour les personnes âgées et les personnes handicapées de rester vivre chez elles facilement.

- **Mieux équilibrer le nombre d'établissements et de services pour les personnes âgées et handicapées dans les différents territoires**

Dans certains endroits il y a trop d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et handicapées par rapport au nombre d'habitants.

Aujourd'hui il faut progressivement mieux équilibrer la répartition des établissements et des services dans les territoires. Il faut qu'ils soient là où les personnes âgées et handicapées en ont besoin.

- **Mieux connaître les déplacements des personnes âgées et des personnes handicapées :**

- **quand elles changent de département**
- **ou quand elles doivent quitter la France pour trouver une place dans un établissement d'hébergement.**

Par exemple les personnes handicapées allant vivre dans un foyer en Belgique.



Réduire les différences de traitement en fonction des territoires

Des lois définissent au niveau national les actions à mettre en œuvre pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées.

Mais les actions pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées sont mises en œuvre au niveau local depuis les années 1980.

Parfois il y a des différences de traitement.

Par exemple une personne n'a pas le même accompagnement et les mêmes aides en fonction de l'endroit où elle vit.

La CNSA agit pour éviter des différences de traitement entre les personnes.

Par exemple elle propose aux départements ou aux MDPH d'utiliser des outils identiques pour évaluer le besoin d'aide.

Les personnes font les démarches administratives liées au handicap à la MDPH.

Pour réduire les différences de traitement en fonction des territoires :

- **la CNSA doit identifier les inégalités de traitement sur les territoires en faisant des études et en les rendant publiques.**

Apporter des réponses plus cohérentes aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Par exemple les organismes qui interviennent au niveau des soins comme :

- les médecins
- les hôpitaux
- les infirmiers à domicile

et les organismes qui interviennent au niveau de l'aide à l'autonomie comme :

- les aides à domicile
- les établissements d'hébergement pour les personnes âgées et handicapées
- les services d'accompagnement

doivent mieux travailler ensemble

pour apporter des réponses cohérentes aux personnes.

Les territoires inventent des solutions adaptées pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées

Les territoires ont une capacité à inventer des solutions nouvelles
en fonction des attentes des personnes.

Pour faire connaître les solutions nouvelles inventées dans les territoires :

- **La CNSA doit apporter son aide car ces solutions nouvelles peuvent ensuite être reproduites ailleurs.**

Les territoires doivent organiser tous les aspects de la vie en prenant en compte les besoins des personnes âgées et handicapées

La prise en compte des besoins des personnes âgées et handicapées ne doit pas se limiter seulement

aux aides financières ou aux aides à domicile.



- **Tous les aspects de la vie doivent être organisés au niveau des territoires en prenant en compte la population âgée et handicapée.**

Par exemple :

- l'accès des enfants handicapés à l'école
- l'accès à l'emploi des adultes handicapés
- la construction de logements adaptés aux personnes âgées et handicapées
- les transports en commun adaptés aux personnes âgées et handicapées
- l'accès aux loisirs, à la culture, au sport.



- **Les personnes âgées et handicapées doivent pouvoir s'exprimer sur les actions mises en place pour elles là où elles vivent.**
- **La parole des personnes âgées et handicapées doit être prise en compte.**

Tout cela contribue à changer le regard porté sur les personnes âgées et les personnes handicapées.

Les personnes âgées et les personnes handicapées doivent profiter de la vie locale

La perte d'autonomie peut avoir pour conséquence une diminution des déplacements et conduire les personnes à s'isoler chez elles.

Pour que les personnes âgées et les personnes handicapées continuent à profiter de la vie locale il faut :

- **Continuer à rendre la ville accessible.**

Les personnes âgées et handicapées accueillies en établissement doivent aussi pouvoir profiter de la vie locale à l'endroit où elles vivent.

Pour cela il faut :

- **Développer l'ouverture des établissements d'hébergement pour personnes âgées et handicapées sur la ville.**

Par exemple construire les nouveaux établissements en centre-ville. Les résidents peuvent profiter des commerces tout seuls.

Les résidents peuvent avoir plus facilement accès à la culture et aux loisirs. Par exemple :

- aller à la bibliothèque
- aller au cinéma.

- **Développer les solutions qui permettent aux personnes âgées et aux personnes handicapées de vivre indépendantes tout en bénéficiant d'un accompagnement de professionnels et de services collectifs.**

Par exemple les résidences autonomie pour les personnes âgées.

Par exemple l'habitat intermédiaire pour les personnes handicapées.

Les territoires se développent grâce aux actions mises en œuvre pour aider les personnes âgées et handicapées

On pense souvent que les aides versées aux personnes âgées et aux personnes handicapées coûtent cher à la collectivité.

Pourtant les établissements et les services

pour les personnes âgées et handicapées

permettent au territoire de se développer et d'être plus dynamique.

Par exemple, les maisons de retraite :

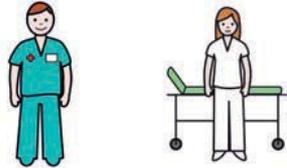
- créent des emplois
- font marcher les commerces aux alentours...

Il faut donc :

- **Montrer la contribution au dynamisme local des établissements et services pour personnes âgées et handicapées.**

Avec le vieillissement de la population
des recrutements supplémentaires de personnel
dans les maisons de retraite ou les services à domicile
vont être nécessaires.

Dans certains endroits les établissements et services ont des difficultés à recruter
du personnel.



Il faut donc :

- **Trouver des solutions pour recruter et former des professionnels pour ces établissements et services.**



Chapitre 1

**Le budget exécuté en 2015
section par section
page 86**

Chapitre 2

**Les caractéristiques
du budget 2015 :
progression confirmée
du taux de consommation
des crédits OGD,
augmentation des
fonds propres
page 94**

03

BUDGET

D'un montant de 22,4 milliards d'euros en 2015, 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.

1 Le budget exécuté en 2015 section par section

Les ressources de la CNSA ont principalement 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 contribution des droits de consommation sur les tabacs (DCT - l'arrêté du 30 avril 2015 fixe la répartition de ces droits affectés à la CNSA), une fraction (relevée à 0,1 point en 2015) 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^{er} avril 2013. Les premiers constituent 78,9% des produits de 2015, les ressources propres 19,9% (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 transitoirement un certain nombre de financements en anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV); 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.

Le budget primitif 2015 a été fixé lors du Conseil du 18 novembre 2014 à 22 667 M€, en croissance de 4,2% par rapport au budget primitif 2014. Il a fait l'objet de plusieurs modifications en cours d'année 2015 et notamment :

- au Conseil d'avril 2015 pour tenir compte d'un ajout au plan d'aide à l'investissement (PAI) 2015 pour 120 M€;
- aux Conseils de juillet 2015 et novembre 2015 afin d'intégrer de nouvelles prévisions de recettes et de positionner une nouvelle tranche du fonds de restructuration des services à domicile pour 25 M€.

Il est aussi à noter un quatrième budget rectificatif d'inventaire intégrant l'inscription du nouvel arrêté ONDAM/OGD 2015, pris le 24 décembre 2015 en modification de l'arrêté du 30 avril 2015, et l'ouverture de crédits en section V-1 d'un fonds de soutien aux départements en difficulté, d'un montant de 50 M€, en application de l'article 70 de la loi de finances rectificative pour l'année 2015.

Le budget exécuté 2015 se clôt à hauteur de 22 141,5 M€ (total des charges comptabilisées).

Les chiffres présentés ci-dessous sont issus de la clôture des comptes 2015.

* Les financeurs des aides à l'autonomie

L'État finance les ressources d'existence des personnes handicapées (allocation 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 octroie des aides fiscales aux personnes âgées et handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile, etc.). Le montant total des crédits consacrés par l'État à ces actions est estimé à **13 863 M€** en 2014.

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; les CAF financent 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, etc.). Les régimes y ont consacré **28 529,50 M€** en 2014.

Les départements, responsables de la planification de l'offre de structures d'hébergement à destination des personnes âgées et handicapées, financent aussi les prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie - APA - et prestation de compensation du handicap - PCH), partiellement compensées par la CNSA, 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 **12 592 M€** en 2014.

La CNSA répartit les crédits de l'assurance maladie dédiés aux structures médico-sociales, qu'elle abonde grâce notamment aux recettes de la contribution solidarité pour l'autonomie. Elle contribue également au financement des prestations individuelles (APA, PCH) et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, à travers un concours aux conseils départementaux. Le montant des dépenses de la CNSA financées par ses ressources propres était de 3 662,50 M€ en 2014. Avec notamment l'apport des crédits d'assurance maladie (ONDAM médico-social) à hauteur de 17,5 Md€, elle gère au total un budget de **21,6 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. Ces dépenses se sont élevées à **512 M€** en 2014. Le **Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPHFP)** fait de même pour la fonction publique à hauteur de 170 M€ en 2014.

*Source des données :
PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA,
annexe 1 de la LFSS 2016, après retraitement par la CNSA.*

REPÈRES

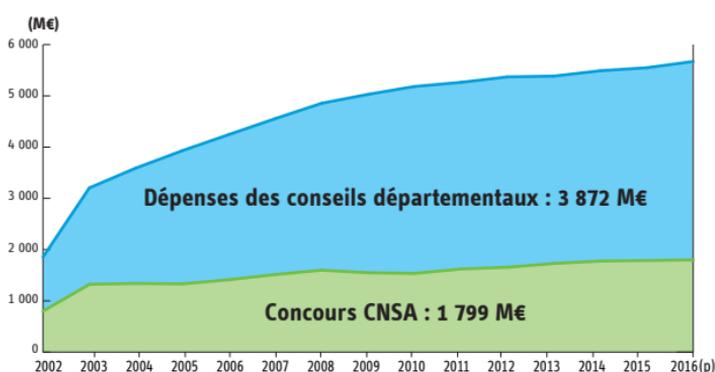
* Les dépenses liées aux prestations individuelles

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 par la CNSA.

Dépenses d'APA

En 2015, le concours de la CNSA s'est élevé à **1 788 M€**, soit **32,3 %** des **5 539 M€** de dépenses totales d'APA.

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

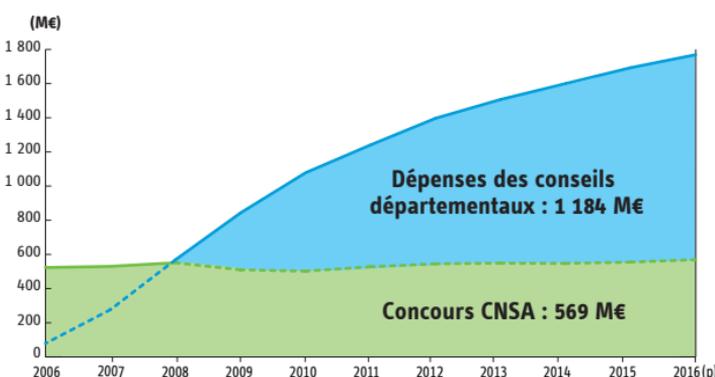


Source : CNSA 2016.

Dépenses de PCH

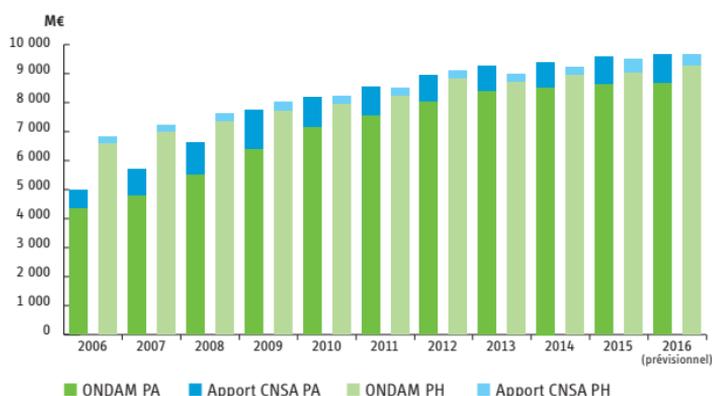
En 2015, le concours de la CNSA s'est élevé à **554,8 M€**, soit **41 %** des **1 678 M€** de dépenses totales de PCH (nettes de la diminution des dépenses d'ACTP).

Évolution des dépenses de PCH nettes de la diminution des dépenses d'ACTP et du concours national depuis 2006 (en M€)



Source : CNSA 2016.

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



Source : LFSS 2016.

Section I – Le financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (19 227,1 M€ de charges en 2015, soit 87 % 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 (40 % pour les personnes âgées et 14 % pour les personnes handicapées

Les ressources de cette sous-section consistent :

- en une fraction du produit de la CSA, comprise entre 10 % et 14 %. Pour 2015, cette part a été, comme en 2014, de 14 % pour les personnes handicapées; ce montant est de 314,1 M€ contre 315,6 M€ en 2014; mais il convient d'ajouter 31,3 M€ au titre des DCT, soit 31,3 M€;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 9 050,4 M€ (montant fixé par l'arrêté du 24 décembre 2015), soit +0,8 % par rapport à 2014;



en 2015) et une fraction des DCT (40 % pour les personnes âgées et 14 % pour les personnes handicapées), d'autre part, à l'ONDAM consacré au secteur médico-social. Celui-ci, enregistré en produits dans les comptes de la CNSA, ne donne toutefois pas lieu à transfert de trésorerie.

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

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (9 547,9 M€ de charges, soit une croissance de 2 % par rapport à l'exécution 2014).

- une reprise sur provision de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour 0,3 M€.

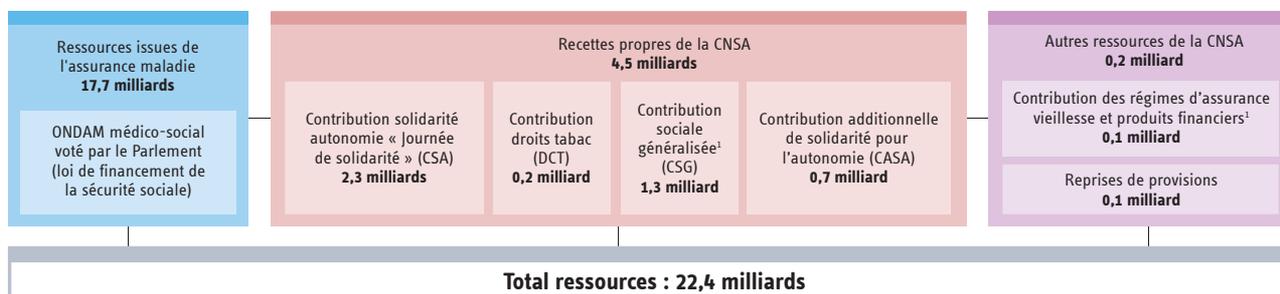
Les charges de cette sous-section sont constituées :

- du remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes handicapées, s'élevant à 9 492,2 M€ (+2,8 % par rapport à 2014), traduisant une surconsommation de 34,9 M€ de l'OGD « personnes handicapées » 2015;
- d'une contribution au budget des agences régionales de santé (ARS) pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) de 30 M€ (+1 M€ par rapport à 2014);
- de contributions au financement des frais de fonctionnement d'agences travaillant

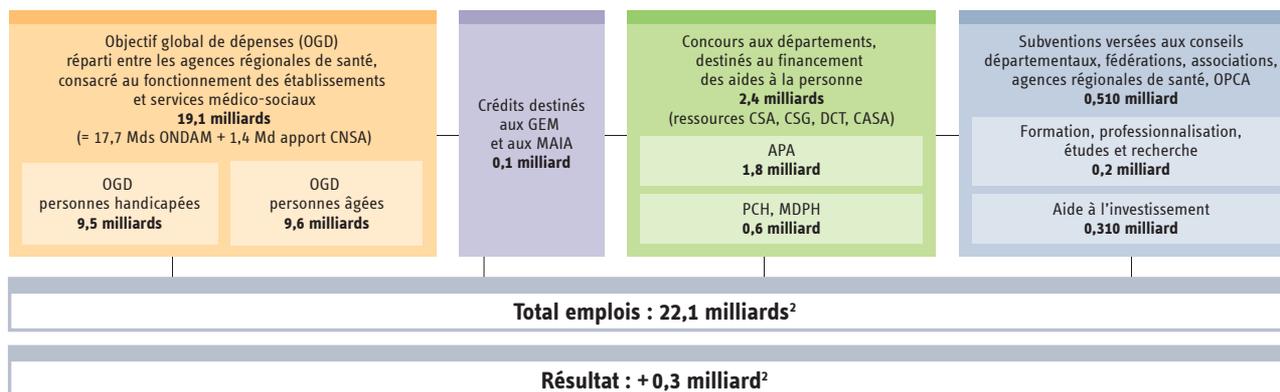
Principaux crédits gérés par la CNSA (en euros)

Budget exécuté 2015 - Conseil du 12 avril 2016

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

(1) Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que ces ressources (contribution sociale généralisée et contribution des régimes d'assurance vieillesse) soient remplacées, en conformité avec les règles de l'Union européenne, par une fraction des contributions sociales sur les revenus du capital.

(2) Chiffres arrondis à la décimale supérieure.

dans le secteur médico-social telles que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (0,6 M€) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (0,5 M€);

- de diverses charges pour un montant de 24,6 M€, réparties notamment entre la section IV du budget en faveur des personnes handicapées (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,8 M€, l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuation et frais de collecte pour 4,9 M€) et la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 7,9 M€).

Cette sous-section dégage en 2015 un déficit de 151,8 M€, à comparer à un déficit de 116,9 M€ au dernier budget rectificatif d'inventaire, écart lié à la surconsommation de l'OGD « personnes handicapées ».

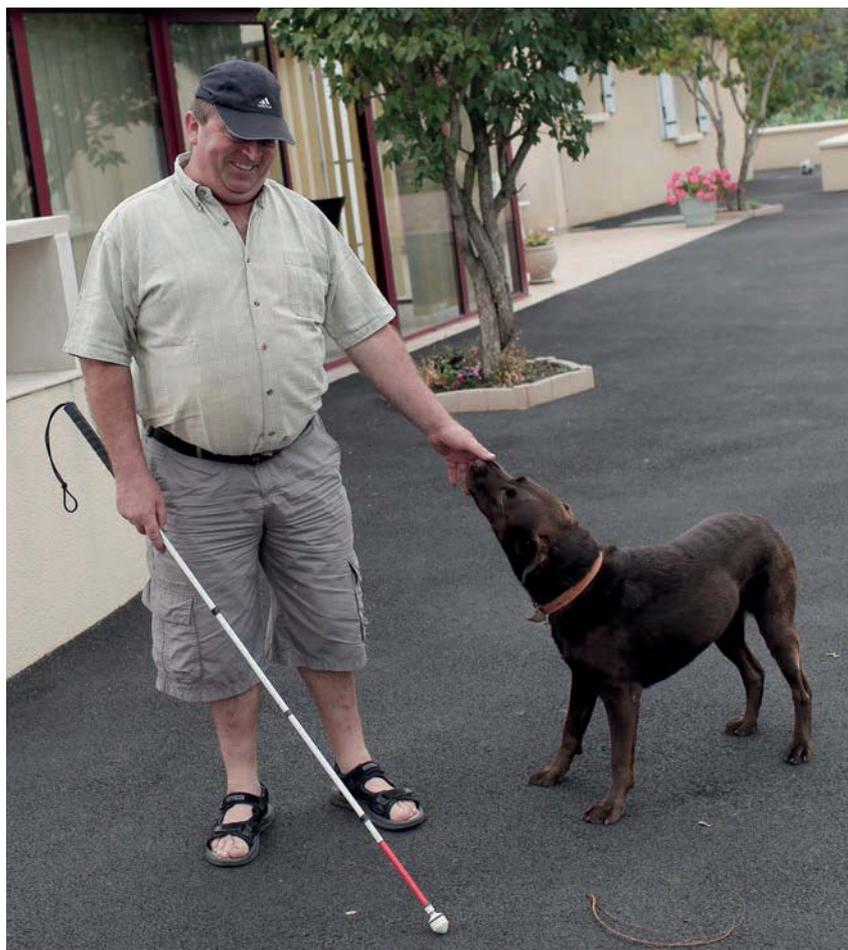
La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (9 679,2 M€ de charges, en progression de 2,1% par rapport à l'exécuté 2014).

Les ressources de cette sous-section proviennent :

- d'une fraction de 40% du produit de la CSA, soit 897,5 M€ (contre 946,9 M€ en 2014); mais il convient d'ajouter 89,5 M€ au titre des DCT, soit 31,3 M€;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 8 650,4 M€, montant fixé par l'arrêté du 24 décembre 2015, soit une augmentation de 1,6% par rapport à 2014;
- d'une reprise sur provision ACOSS pour 0,7 M€.

Les charges de cette sous-section comprennent :

- le remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes âgées, s'élevant à 9 574,5 M€ (+2% par rapport à 2014), qui reflète une sous-exécution de 6,1 M€ de l'OGD « personnes âgées » 2015;
- une contribution au budget des ARS pour le financement des 288 méthodes d'action



pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), dont 50 nouvellement créées en 2014 pour un montant global de 71,1 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'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (1,1 M€);
- diverses charges pour un montant de 31,2 M€, notamment pour la section V du budget en faveur des personnes âgées pour 10 M€, de l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuation et frais de collecte pour 13,1 M€), ainsi que de la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 8,1 M€).

Cette sous-section dégage en 2015 un déficit de 40,6 M€, à comparer à un déficit de 46,6 M€ au dernier budget rectificatif d'inventaire, différence liée à la sous-consommation de l'OGD « personnes âgées ».

Le résultat 2015 de la section I est un déficit de 192,4 M€ faisant suite à un déficit de 8,6 M€ en 2014.

La surconsommation globale de 28,9 M€ constatée en 2015 est le cumul d'une sous-consommation de 6,1 M€ de l'OGD « personnes âgées » (la sous-consommation était de 33,2 M€ en 2014) et d'une surconsommation de 34,9 M€ de l'OGD « personnes handicapées » (où l'on constatait une sous-consommation de 45,4 M€ liée à un phénomène de surprovisionnement).



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 1811,1 M€, soit une hausse de 0,4 % par rapport à l'exécution 2014.

Il est constitué de :

- 20 % des ressources de CSA, soit 448,8 M€, et de 20 % des DCT, soit 44,8 M€ (486 M€ en 2014) ;
- 95 % des ressources de CSG, soit 1217,8 M€ ;
- une fraction de 3,61 % du produit de la CASA, pour un montant de 26 M€ ;

- 71,5 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse (+ 0,9 %) ;
- 0,18 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers 2015, - 72 %) ;
- 0,4 M€ de reprises sur provisions et 1,6 M€ de régularisations sur l'APA 2014.

Le montant du concours APA 2015 résultant des ressources affectées s'élève à 1762,1 M€, auquel il faut ajouter le concours de 25,7 M€ financé sur la CASA au titre de la branche d'aide à domicile, ce qui représente une hausse totale de près de 0,7 % par rapport à 2014.

Ce chiffre tient compte de diverses charges, dont les atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (9,1 M€) et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (1,5 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 642,6 M€, en hausse de 1,3 % par rapport à 2014, qui se répartissent ainsi :

- 26 % des ressources de CSA, soit 583,4 M€, et 26 % des DCT, soit 58,2 M€ (contre 631 M€ de CSA en 2014) ;
- 0,18 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers 2015, - 72 %) ;
- 0,5 M€ de reprises sur provisions et 0,3 M€ de régularisations sur la PCH 2014.

Le montant du concours PCH 2015 est de 554,8 M€, en hausse de 1,4 % par rapport à 2014.

En plus du concours PCH, la section III assume le financement du concours versé aux départements au titre du fonctionnement des MDPH, porté à 68,2 M€ en 2015 (au lieu de 60 M€ en 2013 puis 64 M€ en 2014).

Elle abonde également la section V-2 à hauteur de 10 M€, pour le soutien aux études, recherches et actions innovantes à destination des personnes handicapées, et supporte diverses charges comme les

atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (2,8 M€), et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (5,9 M€).

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

Les ressources de la section ont été fixées pour 2015 par arrêté du 18 octobre 2015 à :

- 5 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 64,1 M€;
- 11,8 M€ prélevés sur la section I-1.

On note également une reprise de provisions comprenant les dossiers provisionnés au cours des exercices antérieurs pour un montant global de 20,1 M€ et des produits exceptionnels de 1,5 M€.

Les dépenses relatives à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service retracées dans la section IV se portent à 92,2 M€. Il convient de noter :

- une consommation de 5,4 M€ des crédits liés aux emplois d'avenir dans le secteur médico-social (alors que 7,4 M€ avaient été budgétés) et une consommation de 64,8 M€ au titre des dépenses de modernisation, professionnalisation et formation (sur 75,5 M€ budgétés);
- d'autre part, des charges ayant fait l'objet de provisions au cours des exercices passés pour un montant de 21,9 M€.

Toutefois, les engagements pour l'exercice 2015 ont été assez proches des prévisions initiales; le conventionnement avec les conseils départementaux, les têtes de réseaux et les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) s'est poursuivi à un rythme soutenu et satisfaisant; des crédits à hauteur de 11,5 M€ ont été alloués pour contribuer au financement des services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD).

Par ailleurs :

- une nouvelle tranche du fonds de restructuration des services d'aide à domicile a été mobilisée pour 25 M€, en application de l'article 116 du projet de loi de finances rectificative (PLFR) 2015;

- des crédits à hauteur de 0,154 M€ ont été versés pour solder une opération remontant au fonds d'aide à domicile 2013-2014.

La section IV présente au final un déficit de 20,5 M€.

Section V – Les 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 29 septembre 2015), auxquels s'ajoutent 2,2 M€ de reprises de provisions et de produits exceptionnels.

Le résultat déficitaire 2015 de la section (hors plans d'aide à l'investissement en ESMS) s'élève globalement à 63,2 M€, en raison notamment des charges anciennement provisionnées et du fonds de soutien aux départements en difficulté de 50 M€.

En effet, la loi de finances rectificative (LFR) pour 2015 prévoyait, en son article 70, la mise en place d'un fonds de soutien exceptionnel destiné aux départements en difficulté; ce fonds, doté de 50 M€, a été provisionné sur l'exercice 2015 après le quatrième budget rectificatif, et il est financé sur les réserves de la CNSA, qui en assure la gestion pour le compte de l'État.

Il a fait l'objet d'un versement aux départements concernés début 2016.

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

Concernant les PAI, une enveloppe de 75 M€ prise sur les réserves de la CNSA a été mobilisée pour un nouveau PAI; les 75 M€ viennent s'ajouter aux 25 M€ financés sur CASA.

Il y a également un PAI de 2,9 M€ en faveur des logements-foyers financé sur la CASA.

Les plans de modernisation, puis plans d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux décidés entre 2006 et 2014 ont par ailleurs donné lieu à des paiements à hauteur de 164,5 M€ en 2015.

Au total, le déficit de la section V s'élève à 157,1 M€.

Section V bis – Les dépenses en anticipation de la loi ASV

La section V bis est supprimée au 1^{er} janvier 2016 à la suite de la promulgation de la loi ASV. Elle avait en effet été créée par anticipation par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013.

Cette section bénéficie de 96,39% de la recette de CASA, soit 694,8 M€. Elle a permis de financer, en 2015 :

- une partie du PAI 2015 pour 25 M€;
- un financement de 20 M€ versé à l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) pour l'adaptation de logements privés à la perte d'autonomie.

Elle supporte également des frais ACOSS à hauteur de 3,6 M€.

La section V bis présente, au final, un excédent de 671,2 M€.

Section VI – Les frais de gestion de la Caisse

Les crédits affectés à cette section (18,4 M€, soit 0,08% du budget total de la Caisse) sont prélevés, en application des dispositions de l'article L. 14-10-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), sur les sections I à IV.

Ces dépenses, d'un montant de 18,2 M€ tenant compte de travaux reportés sur le non-consommé 2015 en 2016 pour 0,2 M€, sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (10%), les dépenses de fonctionnement courant (25%), les dépenses de personnel (57%), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (8%).

FOCUS

Le contrôle interne et la certification des comptes

La CNSA s'est engagée dans la démarche structurante de certification de ses comptes à compter de l'exercice 2012. Les comptes ont été certifiés sans réserve depuis la mise en place de la procédure en 2012. Les comptes de l'année 2015 ont également fait l'objet d'une certification sans réserve.



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 sont 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 excédentaire global constaté en 2015 de 303,4 M€ pour un budget exécuté à hauteur de 22 141,5 M€.

La section I, qui retrace l'objectif global de dépenses encadrant le financement des ESMS pour personnes handicapées (9 547,9 M€ en 2015) et pour personnes âgées (9 679,2 M€ en 2015), a également permis de financer le fonctionnement des MAIA et des GEM (contribution au budget des ARS à hauteur respectivement de 71,1 M€ et 30 M€) et de participer aux frais de fonctionnement de l'ANESM, de l'ANAP et de l'ATIH. Elle dégagne un déficit de 192,4 M€.

La section II est principalement dédiée aux concours aux départe-

tements pour le financement de l'APA (1 762,1 M€ en 2015) et à une revalorisation de la branche « aide à domicile » financée par la CASA (25,65 M€). **La section III** concerne les concours versés aux départements au titre de la PCH (554,8 M€) et des MDPH (68,2 M€). Ces deux sections sont à l'équilibre à l'issue de l'exercice 2015.

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 intègre une nouvelle tranche du fonds de restructuration des services d'aide à domicile (pour 25 M€). Elle présente un déficit de 20,5 M€ en 2015.

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'infor-

mation, mais également les PAI. En 2015, elle présente un déficit de 159,9 M€ (notamment du fait de sa construction initialement déficitaire pour tenir compte du PAI de 100 M€, relevant de la section V, pour 2015, mais dont 25 M€ seront pris *in fine* sur la CASA).

La section V bis, créée par anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et dotée de 96,39% de la recette de la CASA (694,8 M€), a notamment permis une contribution au budget de l'ANAH pour l'adaptation de logements privés à la perte d'autonomie (20 M€). Elle présente un excédent de 671,2 M€, qui serviront notamment à « rembourser » les réserves de la section V au titre du PAI (25 M€), du fonds de compensation du handicap (5 M€), de l'aide à l'investissement aux logements-foyers (2,9 M€).

La section VI retrace le budget de fonctionnement de la CNSA et représente 18,4 M€.

L'année 2015 a connu un taux de consommation élevé (100,2 %) de l'objectif global de dépenses (OGD) et une progression marquée de la capacité à piloter la dépense et à en prévoir l'évolution.

2 Les caractéristiques du budget 2015 : progression confirmée du taux de consommation des crédits OGD, augmentation des fonds propres

COG

2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n°1

Un OGD en progression, consommé à 100,2 %

L'OGD a progressé, entre 2014 et 2015, de 162 M€ dans le champ « personnes âgées » et de 181 M€ dans le champ « personnes handicapées », soit 343 M€ au total, les portant respectivement de 9 419 M€ à 9 581 M€ et de 9 276 M€ à 9 457 M€.

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. Dans le cadre plus global du programme de stabilité et dans un objectif de sécurisation de l'exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), l'exercice 2015 s'est traduit par des mesures de mise en réserve prudentielles de crédits de l'ONDAM médico-social, puis d'annulation de crédits et de prélèvements sur réserve, à hauteur de 198 M€.

Cet exercice 2015 se termine avec une consommation de l'OGD à hauteur de 100,2 % (surconsommation de 28,9 M€).

- La sous-consommation observée dans le champ des personnes âgées se réduit et aboutit à un résultat quasi équilibré (sous-consommation de 6,1 M€, contre 33 M€ en 2014) ;
- L'OGD « personnes handicapées » connaît un dépassement (34,9 M€ contre une sous-exécution de 45 M€ en 2014).

L'exécution finale est partiellement déterminée par des opérations d'ordre comptable réalisées en fin d'exercice, qui consistent à inscrire des provisions et des charges à payer correspondant respectivement aux versements à venir au titre des prix de journée réalisés l'année N mais facturés les années suivantes et aux arrêtés de tarification dits « tardifs ». Les provisions et charges à payer inscrites dans les comptes 2015 sont inférieures à celles inscrites dans les comptes 2014 : leur prise en compte conduit donc à ce que le solde du résultat comptable de clôture soit amélioré par rapport à celui résultant de la prise en compte des seuls versements.

Les réserves de la CNSA sont en forte augmentation en 2015

Les réserves de la CNSA sont essentiellement alimentées par trois sources d'excédents. La principale 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 l'écart entre les recettes de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) comptabilisées et les montants initialement budgétés, et enfin par 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).

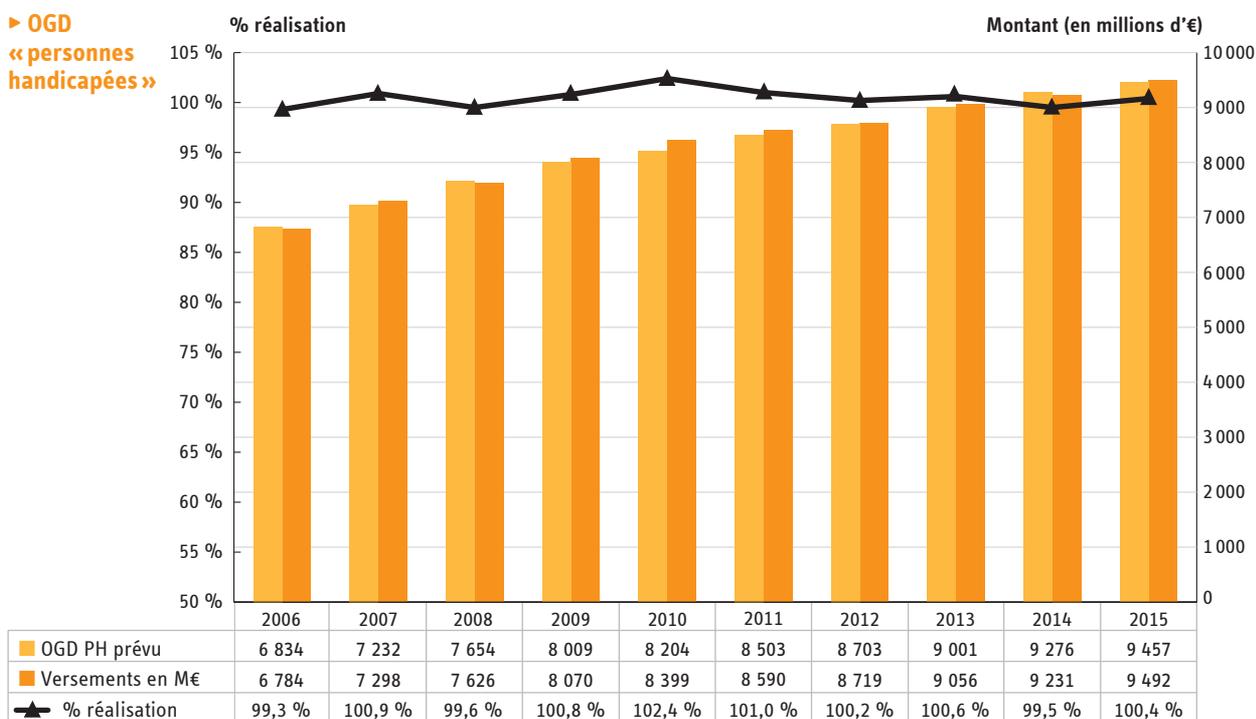
Ces réserves sont principalement venues financer les aides à l'investissement pour les ESMS (pour plus de 2 Mds€). Elles ont également contribué au financement de l'OGD, en sus des crédits de l'ONDAM et de la CSA,

au respect de l'ONDAM, à la reprise d'engagements de l'État (contrats de plan État-région, emplois d'éducateurs sportifs dans le champ du handicap), au financement de fonds de soutien aux départements et de fonds d'aide

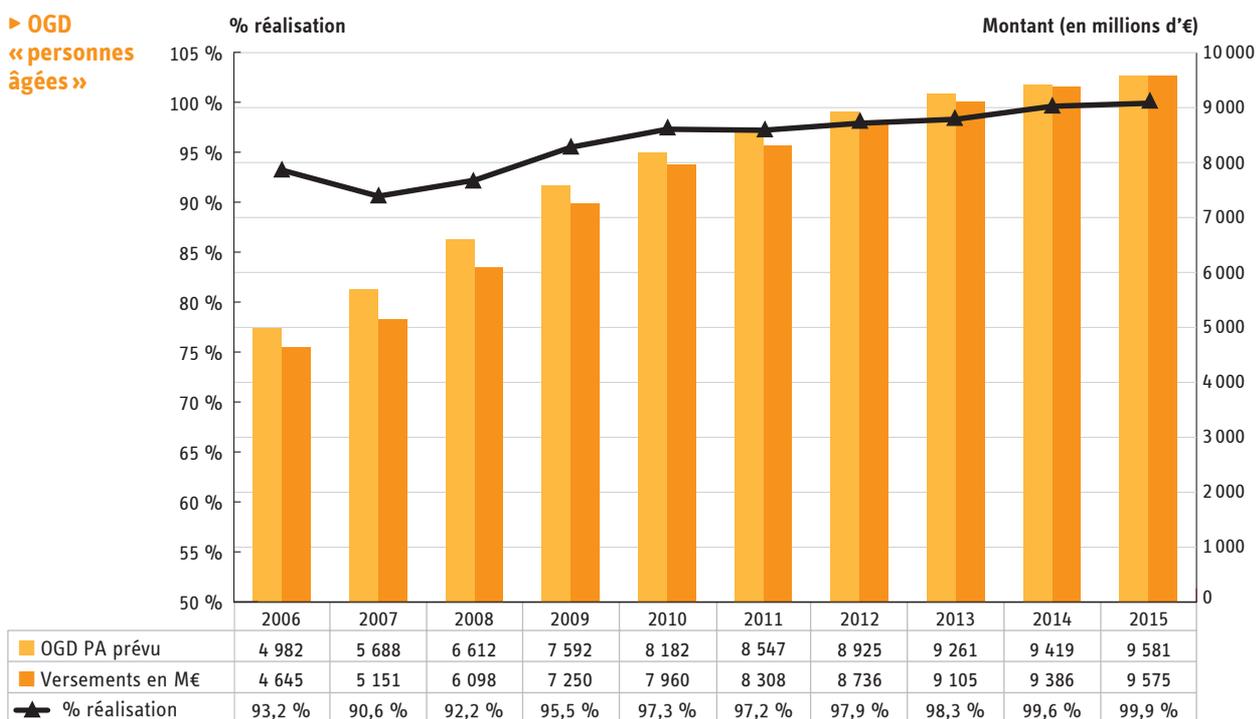
aux services d'aide à domicile, ainsi qu'au financement de dépenses excédant les crédits budgétaires de l'exercice (des expérimentations, notamment).

■ Taux de consommation des crédits de l'OGD depuis 2016

► OGD « personnes handicapées »



► OGD « personnes âgées »



Le montant des réserves de la CNSA, qui s'était stabilisé depuis fin 2012, a fortement progressé en 2015 du fait de l'emploi limité de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), lié à la promulgation de la loi ASV en fin d'année et à sa mise en œuvre début 2016 (cf. graphique ci-dessous).

La croissance des financements versés par les ARS

L'augmentation des fonds versés par les ARS, entamée en 2012, poursuivie en 2013 et en 2014, connaît une nouvelle progression en 2015 corrélative à la contribution versée aux ARS par la CNSA : les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont vu leur montant 2015 en hausse de 1 M€ (à 30 M€), le financement dédié à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) continue à augmenter du fait de la mise en place, courant 2015, de cinquante nouvelles MAIA sur le territoire, de sorte que la contribution versée à ce titre s'est établie à 71,1 M€ (elle était de 57,1 M€ en 2014). Pour ces deux dispositifs, les crédits sont dorénavant versés au Fonds d'intervention régional (FIR), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (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'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAL) pour un montant de 0,78 M€.

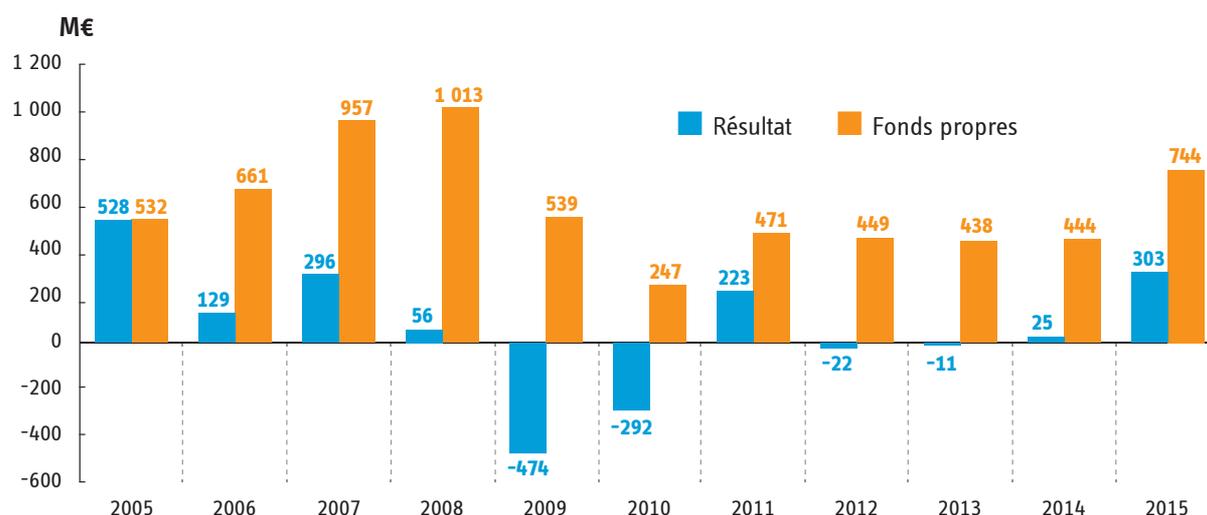
L'anticipation de la loi ASV

En 2015, l'entièreté de la CASA a été affectée aux sections V bis et II, en même temps que la CSG était à nouveau fixée à son niveau de 0,1 point. Cela a permis de financer un certain nombre de mesures, dans l'attente de la mise en œuvre de la loi ASV : PAI 2015 (25 M€ sur un total de 100 M€), revalorisation de la branche « aide à domicile » (pour 25,65 M€), adaptation de logements privés à la perte d'autonomie (contribution de 20 M€ versée à l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat - ANAH), fonds départementaux de compensation du handicap (pour 5 M€), aide à l'investissement de 2,9 M€ consacrée aux logements-foyers (dans le cadre d'une convention conclue avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse - CNAV), préfiguration des conférences des financeurs (pour 4 M€).

L'inscription d'une nouvelle tranche du fonds de modernisation des services d'aide à domicile

Face aux difficultés financières rencontrées par les services d'aide à domicile, trois fonds d'aide exceptionnelle et de restructuration ont été mobilisés entre 2012 et 2014, pour un total de 130 M€.

Évolution du résultat annuel et des réserves (fonds propres) de la CNSA entre 2005 et 2015





Un nouveau fonds de 25 M€ a été mis en œuvre, en application de l'article 116 de la LFR pour 2015.

Le positionnement d'un nouveau fonds de soutien aux départements en difficulté

En application de l'article 70 de la LFR pour 2015 du 29 décembre 2015, un nouveau

fonds exceptionnel de soutien aux départements connaissant une situation financière particulièrement dégradée a été provisionné dans les comptes 2015. Celui-ci, doté de 50 M€, est financé sur les réserves de la CNSA, qui en assure la gestion pour le compte de l'État. La répartition des crédits de ce fonds de soutien a été établie par la Direction générale des collectivités locales, pour un versement début 2016.

L'ESSENTIEL

Le **renforcement du pilotage** de la dépense dans le domaine des ESMS à travers le suivi de la consommation de l'OGD a permis de **continuer à améliorer le taux d'exécution** de cette enveloppe en 2015 dans le champ des personnes âgées. 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 ont augmenté, pour financer de nouvelles MAIA (cinquante en 2015) et des GEM supplémentaires (+ 1 M€).

Fin 2015, une **nouvelle tranche du fonds de modernisation des services d'aide à domicile** a été inscrite au budget 2015 pour 25 M€.

Fin 2015, un **nouveau fonds de soutien aux départements** en difficulté financière a été positionné pour 50 M€.

Le budget de la CNSA a aussi **anticipé la loi ASV**, avec un financement dédié de 694,8 M€ qui a notamment permis d'allouer des aides à l'investissement, de revaloriser la branche « aide à domicile » et de participer à l'aménagement des logements des personnes en perte d'autonomie.



Chapitre 1

Santé et aide à l'autonomie
au service du parcours de vie
page 100

Chapitre 2

L'accompagnement et le soin
par les établissements et
services médico-sociaux
page 110

Chapitre 3

Les maisons départementales
des personnes handicapées
page 118

Chapitre 4

Les aides humaines
et les aides techniques
page 126

Chapitre 5

Vers la loi d'adaptation
de la société au vieillissement
page 132

Chapitre 6

Les études, la recherche,
l'innovation et la
communication
page 138

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 fait 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.

1 Santé et aide à l'autonomie au service du parcours de vie

Mobilisation collective pour s'adapter au parcours de vie

Le Conseil de la CNSA avait consacré son chapitre prospectif 2012 à la promotion de la continuité des parcours de vie. Cet impératif est largement partagé : pour que le parcours d'accompagnement suive le projet de vie de la personne, il doit être adapté au fur et à mesure de l'évolution de ses besoins et de ses aspirations. L'anticipation des changements, la mobilisation concertée des acteurs, sont des facteurs clés pour éviter les ruptures de parcours. Le développement de l'offre doit se conjuguer avec la recherche d'une

organisation plus souple des ressources disponibles et une évolution qualitative des réponses apportées. Une attention particulière doit être portée à la jonction des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales. De nombreux acteurs se sont d'ailleurs engagés avec la charte Romain Jacob « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ».

La « réponse accompagnée pour tous »

Une mission en quatre axes

Marie-Sophie Desaulle, ancienne directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire, s'est vu



© Philippe Lelluch

Une réponse accompagnée pour tous

Marie-Sophie Desaulle, chef de projet.

“ À l'évidence, nous avons un problème d'inadaptation de l'offre, sur le plan à la fois quantitatif et qualitatif. Aujourd'hui, des personnes pourraient sans doute vivre en milieu ordinaire, dans un habitat accompagné, et sont dans

des établissements médico-sociaux ; à l'inverse, des personnes sont encore chez elles alors qu'elles auraient besoin d'un accueil et d'un accompagnement. Nous avons donc un travail de restructuration de l'offre à accomplir⁵¹. ”

51. Source de toutes les citations : *verbatim* du colloque des 10 ans de la CNSA, le 17 juin 2015.

confier la mise en œuvre des recommandations émises par Denis Piveteau dans son rapport de juin 2014 *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*. La mission « Une réponse accompagnée pour tous » a été lancée dès novembre 2014. Partant du constat de la complexité de certaines situations et des limites de l'offre actuelle de prise en charge, qu'elles soient d'ordre quantitatif, qualitatif ou organisationnel, il s'agit d'apporter une réponse structurelle, pour ne plus laisser personne sans solution d'accompagnement, revoir en profondeur les organisations et les pratiques, développer

La CNSA conduit le premier axe et participe au pilotage national. Les autres pilotes sont respectivement : le Secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales (SGMAS), le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SGCIH), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

La mission est sous-tendue par la « dynamique des trois C » : coconstruction des politiques, coopération entre les acteurs, coordination avec et autour de la personne.

Le dispositif d'orientation permanent

Le dispositif d'orientation permanent prévoit que la maison départementale des



des coordinations et faire évoluer des cultures professionnelles au profit de toutes les personnes en situation de handicap.

Le projet « Une réponse accompagnée pour tous » est structuré en quatre axes :

- mise en place d'un dispositif d'orientation permanent ;
- déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous ;
- création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ;
- accompagnement du changement des pratiques.

personnes handicapées (MDPH) formule une orientation-cible et, si besoin, une réponse construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre locale puis formalisée dans un plan d'accompagnement global. La situation de la personne est régulièrement réévaluée, l'objectif restant la mise en œuvre de l'orientation cible. Cela implique pour les MDPH et leurs partenaires de faire évoluer leurs méthodes de travail.

FOCUS

Les principes du dispositif d'orientation permanent (article 89 de la loi Santé)

Lorsqu'une proposition d'orientation cible faite à une personne handicapée ne peut pas être mise en œuvre immédiatement, le plan personnalisé de compensation (PPC) est complété par un plan d'accompagnement global (PAG). L'objectif est de prévenir tout risque de rupture de prise en charge.

Ce plan est élaboré avec l'accord de la personne handicapée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants.

Le plan d'accompagnement global s'appuie sur l'engagement préalable des établissements, services et professionnels mobilisés pour sa coconstruction et sa mise en œuvre. Il prévoit les modalités de suivi, notamment l'identification d'un coordonnateur de parcours parmi les acteurs de la mise en œuvre du plan. Le plan d'accompagnement global est actualisé autant que nécessaire et au moins une fois par an.

Si la définition des mesures d'accompagnement le nécessite, le directeur de la MDPH convoque un groupe opérationnel de synthèse (GOS). À géométrie variable, il se compose des professionnels susceptibles d'accueillir et d'accompagner la personne, et éventuellement des financeurs.

Vingt-trois territoires pionniers se sont portés volontaires en 2015 et bénéficieront de l'appui méthodologique de la CNSA pour développer de nouveaux outils et processus, mutualiser les expériences et les bonnes pratiques (cf. carte en bas, à gauche). Un guide méthodologique et de mise en œuvre sera rédigé, des échanges et des séminaires de restitution organisés. Le dispositif d'orientation permanent doit ensuite être déployé dans l'ensemble des départements, au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Le dispositif des « situations critiques »

Prévenir et résoudre les situations critiques

Ce dispositif spécifique, instauré par une circulaire DGCS-CNSA de novembre 2013, est entré en vigueur début 2014 pour apporter des solutions aux personnes handicapées, enfants et adultes, qui, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours (des retours à domicile non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission) et dont l'intégrité, la sécurité de la personne, et/ou celles de sa famille, sont mises en cause.

Le dispositif est organisé en trois niveaux d'intervention successifs jusqu'à identification d'une solution :

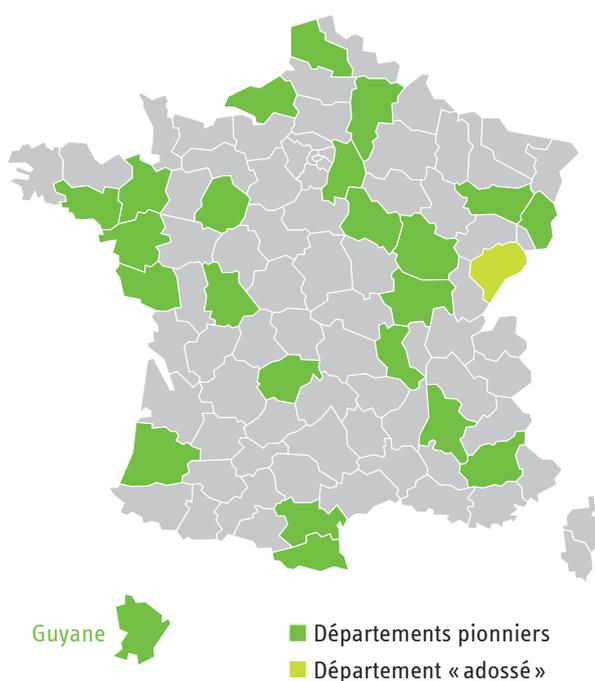
- des commissions spécifiques organisées par les MDPH avec les partenaires locaux (conseil départemental, ARS, établissements et services médico-sociaux (ESMS), Éducation nationale, Assurance maladie, Aide sociale à l'enfance) ;
- un référent dans chaque ARS ;
- une cellule nationale créée à la CNSA pour apporter un appui opérationnel, analyser et diffuser les bonnes pratiques.

Le dispositif de traitement des situations critiques a vocation à disparaître avec le déploiement du dispositif d'orientation permanent.

Ce que ces situations critiques révèlent

Le bilan 2015 du dispositif des « situations critiques » établi par la CNSA confirme qu'il est à présent bien implanté : près de 90 % des MDPH ont une commission Situations critiques, ou une instance similaire ; toutes les ARS ont nommé un référent régional.

■ Les 23 territoires pionniers en 2015



Cela se traduit par une augmentation du nombre de situations critiques traitées en 2015 (+25%), mais aussi par une augmentation du nombre de situations résolues, de façon pérenne ou provisoire.

Tous les acteurs soulignent l'importance du travail partenarial, entre institutions (MDPH, ARS, Éducation nationale, conseil départemental, etc.) et intervenants (sanitaire, médico-social, social). Si l'admission dans un établissement et service médico-social reste le premier motif de résolution, d'autres réponses peuvent être apportées :

l'articulation avec le sanitaire et/ou le renforcement de la prise en charge actuelle de la personne permet d'améliorer la réponse existante, dans l'attente de la solution « cible ». On retrouve ici la logique d'intervention du dispositif d'orientation permanent.

On note également l'importance d'une réponse de proximité : les admissions en ESMS ont lieu dans plus de 80 % des cas dans le département d'origine de la personne.

L'étude des typologies des situations critiques éclaire les besoins d'évolution de l'offre : ainsi, la majorité des situations critiques concerne des enfants, de sexe masculin, entre 12 et 19 ans, ayant des troubles du spectre autistique et manifestant des comportements-problèmes. Le lien avec le secteur sanitaire, notamment psychiatrique, se pose souvent. Au-delà de la création de places (telle que prévue par exemple dans le cadre du plan Autisme), l'enjeu est aussi d'adapter l'offre existante afin de répondre aux accompagnements les plus complexes : les questions de formation des professionnels et de fonctionnement en dispositif partenarial trouvent ici toute leur place.

FOCUS

Éviter les départs contraints vers la Belgique

En 2015, 1 520 enfants et 4 500 adultes sont accompagnés par un ESMS wallon. La CNSA a préparé la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique dès son annonce à l'automne 2015.

À ce titre, 15 M€ de crédits d'amorçage sont délégués aux ARS pour développer des solutions de proximité, parmi lesquelles :

- des interventions de professionnels spécialisés au domicile ;
- des renforts de personnels dans les ESMS à proximité du domicile ;
- des créations de places adaptées dans les ESMS.

Ce plan s'inscrit dans la continuité de l'accord-cadre franco-wallon pour l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées françaises accueillies en Belgique, qui est entré en vigueur le 1^{er} mars 2014. Le plan sera mis en œuvre grâce à l'activation du dispositif d'orientation permanent sur les territoires pionniers et à la mobilisation de la cellule de traitement des situations critiques dans les autres.

Le déploiement des MAIA

La CNSA pilote le déploiement du dispositif MAIA, la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (mesure du plan national Alzheimer de 2008), en s'appuyant sur un comité de pilotage associant la DGCS, la DGOS, la DSS, le SGMAS et la CNAMTS⁵².

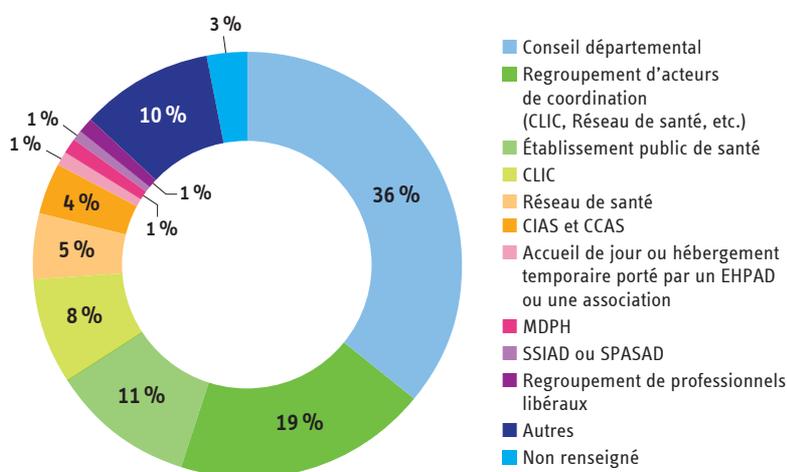
L'objectif est de mettre fin aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs aidants face à une multitude de services insuffisamment articulés. Pour parvenir à une prise en charge coordonnée, les ressources locales doivent s'organiser *en continuum*, les pratiques professionnelles évoluer.

52. Direction générale de la cohésion sociale, Direction générale de l'offre de soins, Direction de la sécurité sociale, Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cinquante territoires supplémentaires couverts par la méthode MAIA en 2015

Cinquante dispositifs ont été installés en 2015 pour atteindre un total de 302 à la fin de l'année (cf. graphique ci-dessous). Plus des deux tiers des communes françaises sont désormais couvertes. Le déploiement du dispositif doit s'achever en 2016 avec un objectif de 350 MAIA.

■ Les porteurs des 302 MAIA



Financement des MAIA à travers le Fonds d'intervention régional (FIR)

Le financement des MAIA est assuré par la section I du budget de la CNSA (hors objectif global de dépenses - OGD)⁵³ et des crédits de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sanitaire. Ils sont délégués aux ARS au titre du FIR.

Les coûts sont essentiellement salariaux. Le pilote MAIA est missionné conjointement par l'ARS et le conseil départemental. Les gestionnaires de cas ont un rôle d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées en situation complexe, d'organisation et de suivi intensif des aides. En année pleine, le montant plafond attribué par l'ARS à chaque dispositif est de 280 000 €, correspondant à un pilote et trois gestionnaires de cas. Les pilotes MAIA en poste fin 2015 représentent 280 équivalents temps plein (ETP) et les gestionnaires de cas 783 ETP.

53. Article L. 14-10-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Appui méthodologique aux ARS et aux pilotes

La mise en place de la gouvernance partenariale permettant d'impulser le processus d'intégration sur les territoires d'implantation du dispositif MAIA nécessite un appui technique, stratégique et méthodologique fourni par la CNSA (réunions nationales, déplacements en région, réponses aux sollicitations, ateliers organisés sur site ou en bilatéral avec les pilotes et/ou les référents ARS).

La CNSA a confié depuis 2013 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. En 2015, cinquante et une personnes ont participé à la première session de formation à la prise de poste (pilotes, porteurs et référents ARS), qui a, cette année, été dédoublée pour répondre aux demandes des formés. Soixante-trois personnes ont suivi le module d'analyse des pratiques. Ces deux modules seront intégrés dans un diplôme d'établissement (DE) « pilotage territorial » qui a fait l'objet d'une validation par le conseil d'administration de l'EHESP en septembre 2015. Ce DE a vocation à s'ouvrir à tous les professionnels concernés par l'intégration des services (équipes relais handicap rare, professionnels chargés du déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous » sur les territoires).

Les gestionnaires de cas sont quant à eux formés dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire.

Déploiement de critères d'orientation nationaux vers la gestion de cas

L'évaluation des critères d'orientation vers la gestion de cas a été finalisée en février 2015. Elle a montré une amélioration significative de la pertinence du repérage. Les critères ont été testés avec succès auprès de malades d'Alzheimer jeunes, comme le préconise le plan Maladies neurodégénératives (PMND). Ils ont donc été diffusés dans le cadre de la circulaire du 7 septembre 2015 relative à la mise en œuvre du PMND. Désormais, ils s'appliquent à l'ensemble des professionnels chargés d'orienter vers les services de gestion de cas.

■ Une nouvelle identité visuelle



L'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées

L'identité visuelle définie durant le second semestre 2015 est le fruit d'une démarche participative avec les acteurs locaux concernés. Elle s'inscrit dans une démarche d'harmonisation de la communication pour rendre les actions engagées les plus lisibles, visibles et cohérentes possibles.

Lancement de l'évaluation nationale

À l'heure où le dispositif a atteint une certaine maturité, et dans un contexte de développement d'initiatives visant à fluidifier les parcours des personnes âgées, la CNSA a lancé en décembre 2015 et pour un an l'évaluation nationale des MAIA. La conduite de ces travaux s'appuie sur un comité de pilotage dédié, composé d'acteurs nationaux (DGCS, DGOS, DSS, SGMAS, ANAP⁵⁴, CNAMTS, DREES⁵⁵), de représentants d'ARS et de conseils départementaux, de porteurs, pilotes MAIA et gestionnaires de cas, et présidé par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Les résultats de l'évaluation détermineront l'évolution du dispositif pour en renforcer l'appropriation sur les territoires, l'efficacité et la pertinence.

Définition des indicateurs nationaux qualitatifs et quantitatifs de suivi

La CNSA a entrepris dès le second trimestre 2015 un travail de construction partagée d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour le suivi harmonisé et le pilotage de l'ensemble des dispositifs MAIA, désormais gérés de façon déconcentrée par les ARS. Un guide sera produit et diffusé en 2016, et une plateforme-test de remplissage de ces indicateurs sera installée pour vérifier la faisabilité de leur généralisation.

Les systèmes d'information au service de la coopération

Les études préalablement réalisées démontrent que la continuité des informations, essentielle à la fluidification des



parcours, nécessite de rendre interopérable les systèmes d'information (SI) des acteurs concernés, plutôt que d'en créer de nouveaux. Tout au long de l'année 2015, la CNSA a donc accompagné les ARS à la mise en œuvre d'une stratégie d'informatisation de la gestion de cas reposant sur l'intégration de fonctionnalités nouvelles dans les outils déjà utilisés.

FOCUS LOI ASV

Les MAIA

La CNSA est désormais chargée de mettre à disposition des gestionnaires de cas des MAIA un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD). Celui-ci s'inscrit dans les outils métiers dont ils disposent déjà. Dès novembre 2015, la CNSA a lancé un appel d'offres pour l'acquisition des droits sur un OEMD validé scientifiquement.

54. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

55. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Une attention accrue par publics

Le second Schéma sur les handicaps rares

Le second Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018 a fait l'objet d'un arrêté ministériel le 18 novembre 2015. Prenant appui sur l'avancée des connaissances et des actions initiées dans le premier schéma 2009-2013, il vise à renforcer la reconnaissance de situations de handicap peu nombreuses (rareté des publics), très

spécifiques (rareté des combinaisons de déficiences), particulièrement complexes et difficiles à repérer, à évaluer et à prendre en charge (rareté et complexité des techniques d'accompagnement).

Il doit répondre à plusieurs enjeux :

- une volonté d'intégration des ressources existantes et d'innovation dans leurs modes d'organisation en vue d'améliorer la qualité de vie et la participation des personnes en situation de handicap rare à tous les âges de la vie ;
- une meilleure prise en compte de l'entourage dans le partage des savoirs et l'accompagnement ;
- 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 ;
- une définition du handicap rare renouvelée à partir de l'amélioration des connaissances et en lien avec la notion de handicap complexe.

Le second Schéma handicaps rares a pour objectif de :

- déployer l'organisation intégrée au sein des territoires ;
- améliorer la qualité et la continuité des parcours de vie et l'accès aux ressources à tous les âges de la vie, notamment par le repérage précoce et l'évaluation des situations de handicap rare à tous les âges de la vie, le développement de nouvelles formes d'accompagnement, une meilleure articulation avec le champ sanitaire ;
- développer les compétences individuelles et collectives sur les situations de handicaps rares en prenant mieux en compte l'expertise des familles ;
- améliorer la connaissance, promouvoir la recherche et la culture partagée pour aboutir à une nouvelle définition des handicaps rares.

La CNSA assure la mise en œuvre du schéma à travers ses différentes missions tout en s'appuyant sur le Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR), les centres nationaux de ressources, les agences régionales de santé et les équipes relais.

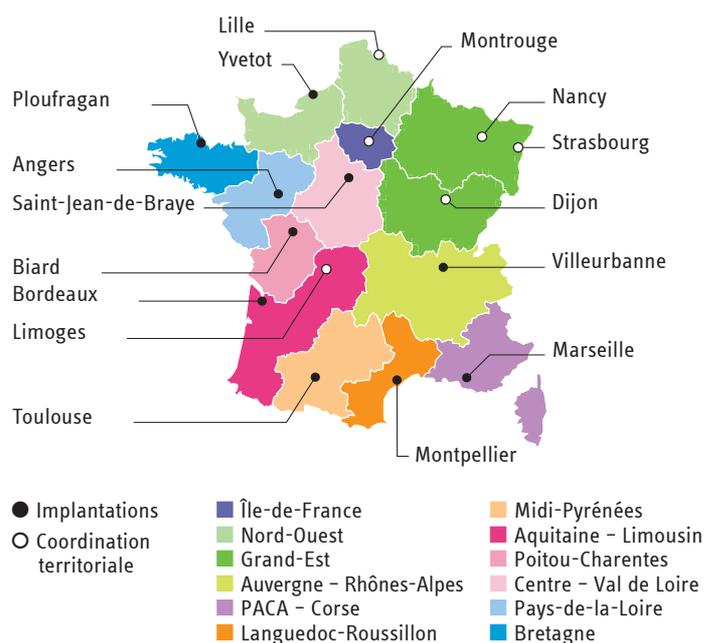
FOCUS

Les équipes relais handicaps rares

Les équipes relais constituent un élément clé du dispositif intégré dans le champ du handicap rare. Elles mobilisent l'ensemble des acteurs autour de situations de handicaps rares, conseillent et appuient les professionnels pour l'élaboration d'une stratégie d'intervention adaptée aux besoins très spécifiques de la personne et orientent 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).

Douze équipes relais ont été constituées. Elles relèvent du domaine de compétence des ARS. Leur territoire d'intervention est, selon les cas, régional ou interrégional. La CNSA consacre chaque année 3,2 M€ à leur fonctionnement.

■ Implantation des équipes



La mise en œuvre du plan Autisme

En février 2015, la CNSA a notifié aux ARS la seconde partie de l'enveloppe de crédits (79 M€, après une première de 107 M€), ou autorisations d'engagement, qui leur sont nécessaires au lancement d'appels à projets sur la durée du plan Autisme 2013-2017.

Celui-ci prévoit de créer 3400 nouvelles places d'ESMS pour mieux accompagner les personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, et de renforcer et faire évoluer la prise en charge dans d'autres. Ces places devant bénéficier en priorité aux enfants âgés de 18 mois à 6 ans, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les unités d'enseignement en maternelle, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont particulièrement visés. Des réponses nouvelles aux adultes sans solution, aux jeunes adultes maintenus dans les structures pour enfants et aux aidants avec des places d'accueil temporaire seront aussi proposées.

Le rapport d'activité formalisé des CAMSP

Les CAMSP se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social. La consolidation de leur rôle de repérage, de diagnostic et d'accompagnement nécessitait la construction d'un instrument d'analyse harmonisé de leur activité.

La CNSA a donc initié un groupe de travail réunissant des représentants de la DGCS, de l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP), de la CNAMTS, des ARS, des conseils départementaux et de l'Assemblée des départements de France (ADF).

Ce groupe de travail s'est appuyé sur les travaux engagés par plusieurs ARS afin de fiabiliser la collecte de données d'activité et d'élaborer un modèle de rapport d'activité standard. Celui-ci a fait l'objet d'une première phase de test en 2014. En 2015, année de test généralisé, 179 CAMSP et leurs antennes (soit 249 structures) ont

utilisé la nouvelle version du rapport d'activité. Après d'ultimes ajustements, un arrêté du 28 janvier 2016 officialise ce modèle de rapport d'activité à partir de l'exercice 2016.

La CNSA a ensuite analysé les données quantitatives (activités et publics) issues des rapports 2015. 48 804 enfants ont été reçus en 2014 dans ces 179 CAMSP, soit en moyenne 273 enfants par CAMSP. 844 670 interventions y ont été réalisées, soit un peu plus de 17 interventions par enfant. Les interventions réalisées par plusieurs professionnels y représentent 25%. 44,4% des enfants en suivi thérapeutique ont un dossier MDPH. Les déficiences principales les plus courantes sont psychiques d'une part (25%), intellectuelles ou cognitives d'autre part (24%).

77% des enfants de plus de 3 ans en suivi thérapeutique sont scolarisés, dont 46% à plein temps et 31% à temps partiel. Les trois quarts des enfants ont un trajet (aller) d'au maximum trente minutes pour se rendre au CAMSP, et un quart ont un trajet plus long.

L'âge moyen à la sortie est de 4 ans et 8 mois; il est de 5 ans et un mois pour les enfants sortis après un suivi thérapeutique. La durée moyenne de suivi au CAMSP est de 23,8 mois. Pour les enfants sortis après un suivi thérapeutique, elle est de 30,8 mois. Si une orientation est décidée, elle suit souvent la préconisation du CAMSP.

■ Répartition des 34 768 enfants présents en décembre 2014 par modalité de suivi

En contact ponctuel

4 039 11,6 %

En suivi surveillance / prévention / dépistage

9 074 26,1 %

En bilan pluridisciplinaire

5 714 16,4 %

En suivi thérapeutique

16 127 46,4 %

Handicap psychique

L'expérimentation ITEP

Les enjeux de continuité de parcours et de réactivité dans l'adaptation de la réponse d'accompagnement sont particulièrement déterminants lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents. Parmi ses actions d'appui à l'évolution du secteur médico-social, la CNSA pilote avec la DGCS la seconde phase de l'expérimentation du « dispositif ITEP » (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques), avec l'accompagnement de l'AIRe (l'Association des ITEP et de leurs réseaux). Ces structures accueillent des enfants et adolescents engagés dans un processus handicapant avec troubles de comportement. L'ambition est de dépasser la logique « établissement » pour tendre vers une approche de parcours ajustée au plus près des « besoins » des personnes en situation de handicap.

La première phase de l'expérimentation (2013-2014) a permis de définir dans chaque région les conditions et les modalités de mise en œuvre (modalités de tarification, orientation en « dispositif ITEP »). La seconde phase de l'expérimentation (2014-2017) doit permettre de mesurer ses effets sur le parcours de l'utilisateur. Une évaluation nationale est prévue à son terme.

Cette seconde phase acte le principe d'un changement de modalité de scolarisation (unités d'enseignement de l'ITEP, dispositifs collectifs spécifiques, scolarisation en milieu ordinaire) et d'accompagnement (internat, externat, SESSAD) sans nouvelle notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Sous certaines conditions, la décision de l'équipe de suivi de scolarisation vaut orientation vers une nouvelle modalité de scolarisation au sein du dispositif.

Un modèle national de convention régionale détermine les caractéristiques communes de l'expérimentation dans les six régions pilotes, et permet des adaptations régionales. Elle prévoit l'utilisation obligatoire de deux outils : une fiche de liaison et un tableau de suivi des enfants accueillis.

Le niveau d'avancement de l'expérimentation est très hétérogène, comme ses

modalités de mise en œuvre, ceci en miroir des disparités régionales préexistantes.

L'expérimentation nécessite un temps d'appropriation important. Il ressort du recueil de données de l'été 2015 que :

- un peu plus de 10 % des enfants accueillis ont changé de modalité d'accueil au sein du « dispositif ITEP » (accueil de nuit, de jour, ambulatoire) ;
- 16 % des enfants accueillis ont changé de modalité de scolarisation au cours de l'année (changement ayant conduit dans la majorité des cas à une scolarisation en milieu ordinaire) ;
- 3,8 % des enfants ont connu à la fois un changement de modalité d'accompagnement et de scolarisation, ce qui semble indiquer une absence de liens entre les modalités d'accompagnement et de scolarisation ;
- 16 % des accompagnements mobilisent plusieurs modalités. C'est probablement un des enseignements du dispositif ITEP, qui permet, à partir du moment où la notification en « dispositif ITEP » ne spécifie plus la modalité d'accompagnement, de coupler plusieurs modalités, y compris séquentielles et sur des temps très courts (exemple : internat quelques nuits par semaine, le reste du temps à domicile).

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Créés par la loi du 11 février 2005, les GEM sont des dispositifs associatifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale. Ils accueillent des personnes en souffrance psychique (90 %) et des personnes traumatisées crâniennes (10 %). 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. Le principe général est une autogestion par les personnes fréquentant le GEM. Il est toutefois soutenu par un « parrain » (une structure associative). Ses « animateurs » (des professionnels salariés ou bénévoles) viennent en appui aux membres du GEM dans la gestion quotidienne.

Chaque année, la CNSA dresse le bilan de l'activité des GEM de l'année précédente. En 2014, 403 GEM sont recensés. Ils ont accueilli environ 27 000 personnes, soit en moyenne 67 personnes par GEM.

Leur budget global s'élève en 2015 à 30 M€, délégués par la CNSA aux ARS (dont 1 M€ de mesures nouvelles pour revaloriser la subvention allouée aux GEM, dont le plafond n'avait pas été revu depuis 2005).

En 2015, la CNSA et la DGCS ont finalisé la révision du cahier des charges national régissant le fonctionnement des GEM. Chaque année, la CNSA dresse un bilan annuel de la mise en œuvre de ce cahier des charges.

En octobre 2015, elle a aussi lancé avec la DGCS l'évaluation qualitative, jusqu'en septembre 2016, des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents. L'échantillon de l'étude menée par l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (ANCREAI) est constitué de 25 GEM répartis dans six régions. Les résultats attendus doivent permettre de :

- mieux identifier comment les adhérents s'inscrivent dans ce collectif d'entraide ;

- objectiver l'impact de la fréquentation d'un GEM sur la situation de vie et le parcours de vie des personnes ;
- poser des préconisations sur le développement des partenariats souhaités ;
- mettre en évidence la variété des innovations locales.



Penser l'universel et l'individuel

Alain Cordier, premier président du Conseil de la CNSA

“ Il fallait sortir de la logique du « ou » pour entrer dans la logique du « et » : penser l'universel et l'individuel, l'égalité et la personnalisation. En effet, plus nous sommes capables de résoudre des situations complexes, plus nous sommes capables de répondre à toutes les situations. ”

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 critiques, auquel succédera à terme le dispositif permanent d'orientation**, met en évidence le caractère crucial de ces partenariats, au niveau tant des financeurs que des acteurs opérationnels, pour trouver des solutions individualisées, multimodales et évolutives.

302 MAIA sont installées sur l'ensemble du territoire fin 2015. La CNSA en appuie le déploiement.

Une charte graphique nationale a été créée. Un appel d'offres a été lancé fin novembre 2015 pour l'acquisition des droits sur un outil d'évaluation multidimensionnelle qui équipera les équipes MAIA. Enfin, une évaluation du dispositif a été lancée en décembre 2015.

La CNSA porte le **second Schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018**, qui a été publié par arrêté en novembre 2015. 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.

Une attention renforcée est portée sur la continuité et l'adaptation du parcours de publics spécifiques : les personnes atteintes de

handicaps rares, avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, les enfants (avec un objectif de renforcement des interventions précoces) notamment suivis en **CAMSP** et en **ITEP**, les personnes handicapées psychiques ou atteintes d'une lésion cérébrale acquise et qui participent à un **GEM**. Ainsi, la CNSA a notifié aux ARS la seconde enveloppe de crédits du plan Autisme. Le rapport d'activité formalisé des CAMSP a été finalisé et un premier bilan national produit en 2015. L'expérimentation du « dispositif ITEP » se poursuit. Enfin, une évaluation qualitative des GEM a été lancée en octobre 2015.

La CNSA est chargée de l'allocation de ressource aux agences régionales de santé (ARS) en vue du financement total ou partiel des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. 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.

2 L'accompagnement et le soin par les établissements et services médico-sociaux

Le pilotage de la réalisation des plans nationaux

Le suivi des créations de places

COG
2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n°3

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 troisième

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 2018-2019.

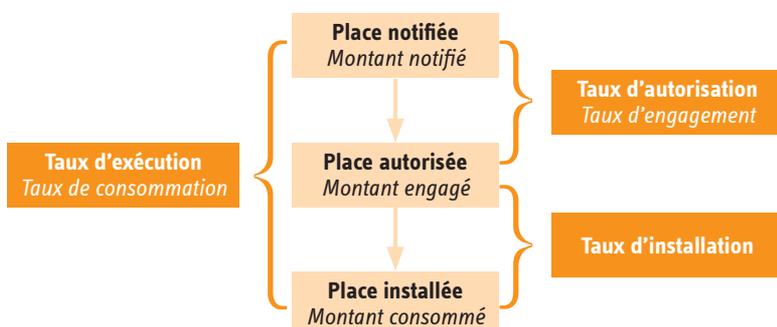
Chaque année, la CNSA réalise un bilan intermédiaire de ces plans de création de places au 31 décembre de l'année précédente.

Le plan Solidarité grand âge

Fin 2014, 95,3% des crédits notifiés pour le PSGA ont été engagés par les ARS (soit 804,9 M€). 79% des crédits notifiés aux ARS ont été consommés (contre 70% fin 2013), soit 667,3 M€. 94% des places notifiées aux ARS ont été autorisées (contre 90% fin 2013). Enfin, 83% des places autorisées ont été installées (contre 79% fin 2013). Le rythme des installations se ralentit et est inégal selon les territoires. Des facteurs explicatifs sont identifiés: difficulté à trouver des promoteurs, des locaux adaptés, parfois des terrains (notamment dans les DROM), délais inhérents aux travaux pour les créations d'établissements, caducité des autorisations délivrées avant 2012.

L'intégralité des crédits du plan ont été notifiés aux ARS depuis 2012. L'écart entre le nombre de places initialement prévues

Termes utilisés dans l'analyse de la réalisation des plans de création de places



Source: CNSA.

► Bilan du plan Solidarité grand âge au 31 décembre 2014

	Places inscrites au PSGA	Places notifiées	Places autorisées	Places installées
AJ*	10 900	10 679	7 631	6 056
EHPAD**	37 500	44 230	45 174	34 900
HT***	6 100	6 471	4 615	3 677
SSIAD****	36 000	24 103	23 243	22 801
Total	90 500	85 482	80 663	67 434

*Accueil de jour **Établissement avec hébergement pour personnes âgées dépendantes

Hébergement temporaire *Service de soins infirmiers à domicile

Source : CNSA, bilan des plans de création de places présenté au Conseil du 7 juillet 2015.

et celui notifié aux ARS s'explique par l'utilisation pour les plateformes d'accompagnement et de répit d'une partie des crédits initialement prévus pour l'accueil de jour et l'accueil temporaire, ainsi que par l'augmentation du coût à la place de

d'engagement et de consommation sur les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) reste élevé (91 %, soit respectivement 68,5 M€ et 67,8 M€). Une forte progression du taux d'engagement est observée pour les unités d'hébergement renforcées (UHR)



référence pour les EHPAD (7 500 € en 2007 contre 9 600 € à partir de 2009).

Les crédits initialement fléchés pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été dépassés (105 %) du fait de choix d'affectation des moyens réalisés par les ARS.

Le plan Alzheimer

196,8 M€ ont été engagés par les ARS au titre du plan Alzheimer fin 2014, soit +31,7 M€ par rapport à 2013. Le niveau

(84 % contre 65 % en 2013, soit 29,2 M€ engagés et 25,9 M€ consommés).

75,3 % des places d'UHR initialement prévues ont été installées fin 2014 (1 250 sur 1 600 places). Le taux d'exécution des ESA atteint 86,3 % (4 304 places sur 5 000). 64 % de l'objectif PASA (pôles d'activité et de soins adaptés) est atteint (l'équivalent de 16 112 places sur 25 000). Enfin, 115 plateformes d'accompagnement et de répit ont été installées pour une cible de 150.

Le plan Maladies neurodégénératives

Les crédits nécessaires à la réalisation du plan ont été notifiés aux ARS en 2015. Au total, les autorisations d'engagement s'élevaient à 38,9 M€. Ce plan prévoit en effet le développement de l'offre de plateformes de répit (PFR), d'ESA et d'UHR et le renforcement des moyens des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), avec notamment des postes de psychologues.

Le bilan général dans le champ des personnes âgées

Toutes enveloppes confondues, pour les personnes âgées, 100 M€ supplémentaires ont été consommés en 2014, correspondant à l'installation de 11 458 places. 55 % des places installées en 2014 sont des places d'EHPAD (en 2013, elles représentaient 50 % des installations). Viennent ensuite les

PASA pour 24 %, puis les accueils de jour pour 7 %, les SSIAD pour 6 %, l'hébergement temporaire pour 5 %, les ESA pour 2 % et les UHR pour 1 %. Globalement, on observe un ralentissement des installations de places entre 2013 et 2014.

Le plan Handicap

80,2 % des crédits notifiés dans le cadre du programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées (2008-2012) étaient engagés fin 2014, 74,2 % dans le secteur des adultes et 91 % dans le secteur de l'enfance, soit 1 069,4 M€ sur 1 334 M€. 32 795 places ont été autorisées, soit 77 % des places notifiées. 28 233 places ont été installées, soit deux tiers des places notifiées.

Dans le champ de l'enfance, 95,3 % des places notifiées étaient autorisées fin 2014 (contre 93 % fin 2013). Malgré une augmentation du nombre total de places autorisées dans le secteur des adultes, le taux moyen d'autorisation pour les adultes est stable par rapport à fin 2013 (68 %). Cela s'explique par l'accroissement important du volume de notifications en 2012 et 2014 (avec le troisième plan Autisme). Il est particulièrement marqué pour les adultes, dans une optique de rééquilibrage de l'offre. Comme les années précédentes, le taux d'autorisation varie d'une région à l'autre.

Les objectifs initiaux sont dépassés dans le champ de l'enfance : au 31 décembre 2014, 5 108 places ont été autorisées sur 4 100 places initialement prévues (soit +25 %), et 4 066 places ont été installées.

Concernant le plan Autisme, l'année 2014 ayant été marquée par l'élaboration des plans régionaux, les engagements à fin 2014 sont encore modestes : 13 M€ pour l'autorisation de 263 places.

En revanche, alors que l'autisme représentait 10 % des autorisations en 2008, cette part est passée à 30 % en 2014 pour ce qui concerne les autorisations sur crédits de mesures nouvelles.

Le bilan général dans le champ des personnes en situation de handicap

Au total, 4 697 places ont été installées au cours de l'année 2014 dans le champ du



► Bilan des créations de places dans le champ des personnes âgées au 31 décembre 2014

	Places installées	Montants consommés en M€
ESA	215	3,1
PASA	équivalent à 2 809	13,0
PFR	-	1,2
UHR	139	2,5
AJ	792	8,4
EHPAD	6 289	58,6
HT	530	5,8
SSIAD	684	7,4
Total	11 458	100,0

Source : CNSA, bilan des plans de création de places présenté au Conseil (commission du 7 octobre 2015).

REPÈRES

* Des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées

Des réponses à tous les âges de la vie

Domaines de la vie	Âge	Accompagnement médico-social
Accueil petite enfance Scolarisation ¹ Éducation Formation prof.	0-19 ans	CAMSP – CMPP – SESSAD – IME – ITEP – IEM – IDS – EEAP <ul style="list-style-type: none"> • 105 921 places en établissements • 289 000 enfants accompagnés en services ou en soins ambulatoires : <ul style="list-style-type: none"> - 48 930 en SESSAD - 65 000 en CAMSP² - 175 000 en CMPP²
Formation prof. Emploi Logement et vie sociale Accueil et accompagnement médico-social	20-59 ans	ESAT – CRP – CPO <ul style="list-style-type: none"> • 117 530 places en ESAT • 10 840 places en CRP-CPO-UEROS SAVS – SAMSAH – SSIAD – FAM – MAS – FH – FV <ul style="list-style-type: none"> • 51 900 places dans les services intervenant à domicile • 27 268 places en MAS • 26 665 places en FAM et 3 343 places en FP • 39 330 places en FH • 49 295 places en FV • 7 900 places d'accueil temporaire ou en établissements expérimentaux
Aide et soins à domicile Hébergement (médicalisé ou non)	60 ans et plus 75 ans et plus	SSIAD – SPASAD – EHPAD – USLD – AJ – HT – FL – EHPA <ul style="list-style-type: none"> • 868 500 places pour personnes âgées en perte d'autonomie dont : <ul style="list-style-type: none"> - 572 723 places en EHPAD - 31 601 places en USLD - 118 037 places en SSIAD et SPASAD - 25 579 places en AJ, HT - 111 748 logements en FL - 8 823 places en EHPA

Source : STATISS 2015 et ES 2010 (DREES).

1. 259 941 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire et 77 962 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

IDS : Institut pour déficients sensoriels

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

SPASAD : Services polyvalents d'aide 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'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé à la loi de financement de la sécurité sociale.

Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2013 et 2014

Personnes handicapées

Objectif: Réduction des écarts	Écart interrégional		Écart interdépartemental	
	PH adultes	PH enfants	PH adultes	PH enfants
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	en baisse	stable	en baisse	en baisse
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie* pour 1 000 hab.	en hausse	stable	en hausse	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	stable
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie* pour 1 000 hab.	en baisse	en baisse

* 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.
- Développement des compétences individuelles et collectives sur les situations de handicaps rares en prenant mieux en compte l'expertise des familles.
- Promotion de la recherche, diffusion de la connaissance et renforcement de la formation des professionnels et des proches pour une culture partagée.

Plan Autisme 2013-2017 :

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).

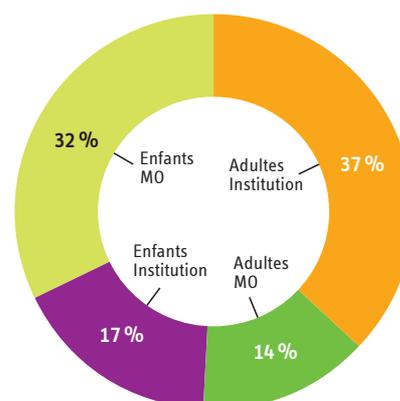
► Bilan du plan Handicap au 31 décembre 2014

		Places notifiées	Places autorisées	Taux d'autorisation	Places installées
Adultes	Dépistage / cure	-	-	-	-
	Institution	17 399	13 282	76 %	10 602
	Milieu ordinaire	11 195	6 305	56 %	5 763
	Total	28 594	19 587	69 %	16 365
Enfants	Dépistage / cure	-	-	-	-
	Institution	5 363	5 344	100 %	4 418
	Milieu ordinaire	8 425	7 993	95 %	7 551
	Total	13 789	13 337	97 %	11 969
Total adultes et enfants		42 383	32 924	78 %	28 334

Source : CNSA, bilan des plans de créations de places présenté au Conseil (commission du 7 octobre 2015).

► Répartition des places installées en 2014

		Places installées	Montants consommés
Adultes	Dépistage / cure ambulatoire	0	0,0 M€
	Institution	1 788	82,4 M€
	Milieu ordinaire	667	9,3 M€
	Total	2 455	91,8 M€
Enfants	Dépistage / cure ambulatoire	0	5,6 M€
	Institution	789	40,7 M€
	Milieu ordinaire	1 536	31,8 M€
	Total	2 325	78,1 M€
Total adultes et enfants		4 780	169,9 M€



Source : CNSA - bilan des plans de créations de places présenté au Conseil (Commission du 7 octobre 2015).

handicap, soit une augmentation de 25 % par rapport à l'année 2013. La répartition entre adultes et enfants et établissement / milieu ordinaire est quasiment identique à celle de l'année précédente (51 % de places adultes, dont 37 % en établissement, 49 % de places enfants, dont 17 % en établissement).

Le suivi des appels à projets

La CNSA opère, en lien avec les ARS, un suivi national des appels à projets programmés et effectivement lancés par elles, en compétence exclusive ou partagée.

Dans le champ des personnes âgées, vingt-six appels à projets (AAP) étaient programmés pour l'année 2014, dont vingt-trois ont été effectivement lancés. Une part relativement importante de ces appels à projets cible l'accompagnement des malades d'Alzheimer (42 % des AAP

programmés et 48 % des AAP lancés). Pour la première fois en quatre ans, on observe une baisse du nombre d'AAP, après une progression constante. Ce phénomène s'explique par l'importance du nombre de projets déjà autorisés à fin 2013 (soit 90 % des crédits engagés).

Dans le champ des personnes handicapées, en 2014, les AAP concernent plutôt les adultes, à l'inverse de ce qui avait été observé en 2013. Le nombre d'AAP pour les adultes augmente, passant de trente-deux en 2013 à quarante-quatre en 2014. Au total, quatre-vingt-cinq AAP ont été lancés sur les cent un programmés. Le nombre d'appels à projets pour des structures concernant à la fois les enfants et les adultes progresse (de six à huit). Enfin, trois appels à projets sont lancés pour des structures destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées vieillissantes.

COG

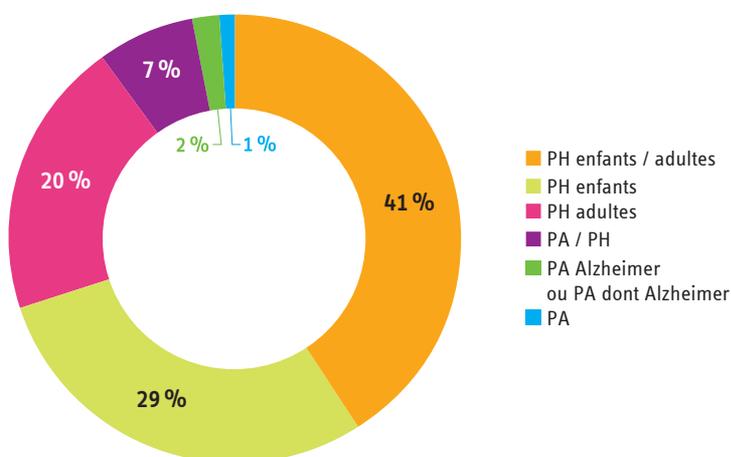
2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n°1

Pour 2015, l'analyse générale révèle qu'une majorité des appels à projets ont été lancés dans le champ du handicap. 35 % d'entre eux concernent l'autisme et les troubles envahissants du développement à titre principal. Au total, cent trente-trois AAP ont été lancés sur les cent quatre-vingt-huit programmés (cf. graphique ci-dessous).

■ Répartition des 133 AAP lancés en 2015 par population bénéficiaire



Les plans d'aide à l'investissement (PAI), un outil de modernisation de l'offre

Un PAI déconcentré

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt à la mise en œuvre de la politique de développement de l'offre et à la modernisation des structures existantes, enjeu particulièrement 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 au financement de l'investissement des ESMS constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008.

En 2015, le PAI s'élevait à 100 M€ (dont 70 M€ pour les personnes âgées). Entièrement délégué aux ARS, auxquelles sa gestion a été confiée en 2014, il visait particulièrement le financement d'opérations portant sur la restructuration, l'extension et la création de places, des opérations lourdes susceptibles de peser sur le reste à charge des résidents. Dans le champ du handicap, la priorité aux opérations de création pour les établis-

sements 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.

Un PAI pour les logements-foyers

Par anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), la CNSA a délégué à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) en 2014 une enveloppe de 10M€ afin de subventionner des travaux de réhabilitation, de modernisation, de mise aux normes ou de restructuration des logements-foyers, dans un objectif d'amélioration du confort et de la sécurité des résidents. En novembre 2015, 16 des 27 projets sélectionnés ont démarré, et 2,5 M€ ont été versés.

En 2015, la CNSA a délégué la gestion d'une nouvelle enveloppe de 2,9 M€ à la CNAV, qui l'a complétée de 7,1 M€. L'appel à projets a été lancé en octobre.

Comprendre les coûts et leurs déterminants pour une juste allocation des ressources

L'étude nationale de coûts (ENC) des EHPAD

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA ont souhaité approfondir la connaissance des coûts en EHPAD. La réalisation de deux enquêtes de coûts, en 2012 et 2013, a été confiée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour son expertise dans le recueil et l'analyse de ce type de données. Les résultats de la seconde enquête ont été rendus en 2015. Le coût global d'une place d'hébergement permanent en EHPAD (tous financeurs et en intégrant la part des soins de ville) a ainsi été estimé à 37 043 € annuels, dont 73 % de charges de personnel.

L'étude de coûts permet d'affiner davantage cette démarche en tenant compte notamment de la charge induite par l'état de santé du résident. Cette ENC a été lancée en 2015 (sur la base des données 2014) et renouvelée en 2016 (pour exploiter les données de coûts et d'activité de l'année 2015).

Ces travaux permettront de connaître les dépenses des établissements en tenant compte des besoins des résidents. Elles fourniront, ainsi, un coût moyen journalier par typologie de résident, avec prise en compte des dépenses de soins de ville (fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS).

La contribution de la CNSA aux travaux relatifs à la réforme tarifaire des EHPAD

Les travaux conduits sur la réforme des EHPAD sont coordonnés par la DGCS, en concertation avec les autres interlocuteurs concernés, notamment la Direction de la sécurité sociale (DSS), les représentants des départements et des ARS et la CNSA. En 2015, la Caisse a contribué à estimer l'impact financier de la réforme, pour chaque année de la période transitoire, et globalement à son terme. Ces simulations ont été conduites selon différentes hypothèses de travail qui mettaient en regard la période de convergence, l'évolution de la dépendance des résidents et l'évolution des ressources liées aux options tarifaires. Les orientations qui ont été prises pour mettre en œuvre la réforme intègrent donc les conclusions des travaux menés par la CNSA tout au long de l'année 2015.

La réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées

La feuille de route du projet SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) a été validée par le comité stratégique du 26 novembre 2014. La première phase de ce projet de grande ampleur, copiloté par la CNSA et la DGCS, consiste à construire des outils qui manquaient jusqu'à présent pour fonder une allocation de ressources équitable, simplifiée et facilitant des parcours de vie sans rupture.

En 2015, ont donc été élaborées deux nomenclatures, l'une portant sur les besoins, l'autre sur les prestations. Les travaux ont été menés au sein du groupe technique national, composé de représentants des acteurs du secteur (représentants

FOCUS

GALAAD

Un premier palier de la refonte de l'application GALAAD a été mis en service début 2015. Ce système d'information permet d'évaluer et de suivre le degré d'autonomie des personnes âgées en établissement (mesuré par la grille AGGIR), ainsi que les soins médico-techniques, compte tenu de leurs pathologies (mesurés par l'outil PATHOS). Il calcule le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré « soins », au centre des futures règles de tarification des EHPAD. L'application poursuivra ses évolutions en 2016 pour fournir les services au plus près des attentes des utilisateurs (médecins coordonnateurs des EHPAD et unités de soins de longue durée [USLD], médecins valideurs des conseils départementaux et des ARS).

d'organismes gestionnaires, associations de personnes handicapées, Assemblée des départements de France - ADF -, Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées - ANCREAI -, maisons départementales des personnes handicapées - MDPH), de la CNAMTS, de l'État et de ses agences nationales, ainsi que des ARS.

Partant des orientations nationales et de l'approche sociétale consacrée dans la loi du 11 février 2005, le besoin a été défini comme un écart à une norme pour réaliser une activité ou pour participer. La prestation recouvre à la fois la réponse à des besoins (les prestations directes) et les fonctions support (les prestations indirectes), le tout étant nécessaire à la mise en œuvre de ces réponses.

À partir de ces définitions, les deux nomenclatures ont été coconstruites en s'appuyant sur la classification internationale, le droit français et les outils existants (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé - CIF -, loi du 11 février 2005, GEVA - guide d'évaluation des besoins de compensation -, outils élaborés par les différents partenaires). Elles sont sous-tendues par le principe de fonctionnement suivant : s'attacher aux besoins pour pouvoir en déduire les prestations en réponse.

Les deux nomenclatures sont structurées en trois domaines correspondant au fonctionnement humain : la santé, l'autonomie et la participation sociale.

Enquête de coûts

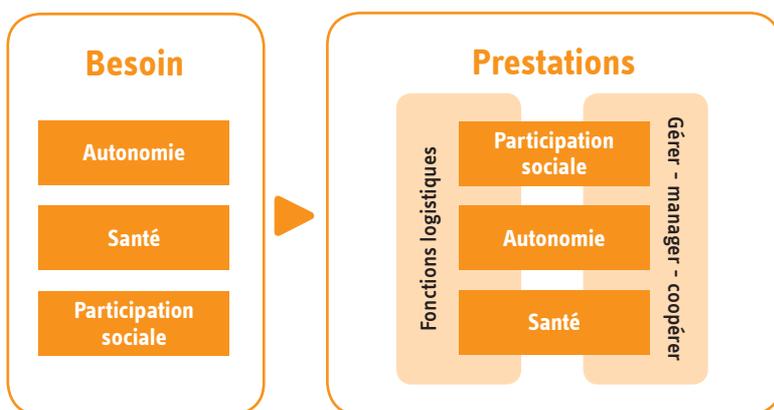
L'enquête de coûts consiste à retraiter les données comptables de l'année écoulée des établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux visés. Ils répartissent leurs charges selon un découpage préétabli par activité qui permet de mesurer les coûts réels de chacune d'entre elles.

Étude de coûts

L'étude de coûts consiste à retraiter les données comptables des établissements ou services pour construire une approche analytique, en intégrant, dans le cas des EHPAD, la charge induite par les besoins des résidents (pathologies et degré d'autonomie) et en définissant parallèlement une typologie de résidents.

La première phase de ces travaux a été validée par le comité stratégique réuni le 21 janvier 2016. En 2016 seront lancés trois chantiers, avec l'appui du groupe technique national et du comité scientifique: une enquête de coûts avec l'appui de l'ATIH, la construction d'indicateurs de pilotage de l'activité en collaboration avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'établissement de liaisons entre besoins et prestations dans un objectif tarifaire en travaillant sur des profils « iso-besoins » (cf. schéma ci-dessous).

■ Logiques des nomenclatures SERAFIN-PH



Les normes applicables aux établissements : apports et limites

En 2008, le Conseil de la CNSA s'est prononcé en faveur de la création d'une commission Normes et moyens pour recenser et analyser les normes applicables aux établissements pour personnes âgées, qu'elles relèvent de l'architecture, de l'hygiène et de la sécurité, du droit du travail ou de la qualité de service. Un rapport d'étape a été rendu en 2012. Une seconde phase a été enclenchée en 2013 pour mieux identifier, parmi les normes recensées, celles dont le rapport entre l'intérêt pour les résidents et la charge pour l'établissement est perçu comme le plus défavorable. Le bilan présenté au Conseil en novembre 2015 fait état d'un consensus sur l'apport qualitatif du cadre normatif.

Plusieurs normes se distinguent par leur haut niveau d'application. Elles sont relatives à l'hygiène et à la sécurité en général, aux droits des usagers, à la procédure

budgétaire. Il n'existe pas de corrélation systématique entre le niveau d'application et la remise en question des normes.

L'étude a montré que la pression normative est davantage ressentie par le directeur, l'encadrement, et dans une certaine mesure les agents administratifs. La difficulté réside davantage dans le cumul des normes. Des ressources financières et organisationnelles importantes sont en effet mobilisées pour les appliquer.

Selon les acteurs interrogés, les normes jugées les plus bénéfiques pour les usagers sont les outils de la loi de 2002, celles relatives à l'accessibilité et à l'architecture, à la sécurité et à la gestion des risques.

La poursuite de l'urbanisation des systèmes d'information

La CNSA a poursuivi en 2015 son travail d'urbanisation pour garantir une collecte des données à la source et leur harmonisation avec la mise à disposition d'applications de gestion ou de pilotage. Les référentiels communs aux systèmes d'information (SI) de la CNSA (annuaire centralisé et référentiel des structures) ont été mis en production fin 2015. Ces éléments, qui constituent le socle d'un système d'échange et de partage avec les partenaires (26 ARS, 17 000 ESMS), seront progressivement appariés avec les différentes applications métiers qui forment le SI ESMS, puis étendus aux autres champs SI de la CNSA.

Ainsi, pour le service de collecte de données à la source, ces référentiels seront notamment mis en service pour faciliter la deuxième campagne de remontées des comptes administratifs (CA) des ESMS, suivant la trajectoire définie pour l'application ImportCA :

- 2014 : intégration par les ARS des comptes administratifs normalisés du champ personnes handicapées (PH), qui leur sont transmis par les ESMS PH ;
- 2015 : dépôts par les ESMS des CA normalisés des ESMS PH et personnes âgées (PA) (dépôt simple des CA et annexes et preuve du dépôt) : environ 12 000 dépôts réalisés ;
- 2016 : dépôt à valeur ajoutée par les ESMS des CA normalisés des ESMS PH et PA (gestion des portefeuilles, circuit d'approbation par les ARS, rejet, etc.) ;

- 2017: adaptation aux nouveaux cadres budgétaires (état des prévisions de recettes et de dépenses - EPRD);
- Élargissement progressif du périmètre ESMS (exemple: centres d'action médico-sociale précoce).

Dans le domaine de la programmation, l'application SEPIIA a été lancée en 2015. Elle résulte de la fusion de deux systèmes: e-PRIAC (programme inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) pour le suivi de la programmation et de la saisie en ligne des installations et des autorisations (SELIA) pour le suivi des installations de places. Le principal enjeu de cette fusion résidait dans la nécessité de chaîner les données dans un cycle cohérent avec l'activité métier (une opération doit être planifiée, programmée puis autorisée et enfin installée). Mise en service en mars 2015, SEPIIA a intégré à partir du second semestre des éléments de pilotage (tableaux de bord, indicateurs, simulateurs)

en s'appuyant sur le SI décisionnel mutualisé. Ce travail se prolonge en 2016.



© ARS Pays de la Loire

Travailler à la transformation de l'offre

Cécile Courrèges, directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire.

“ L'enjeu est bien de travailler à la transformation de l'offre, dans une dimension territorialisée. Sur le handicap psychique, l'enjeu d'articulation entre les secteurs du handicap et de la psychiatrie est très important, notamment dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Il nous faut également anticiper le vieillissement des personnes en situation de handicap: il y a nécessité de faire évoluer à fins de convergence les deux secteurs du handicap et des personnes âgées, par la transformation des établissements et la formation des personnels. ”

L'ESSENTIEL

La CNSA est chargée de l'allocation de ressources aux ARS en vue du financement des ESMS 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 **SI 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 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. La gestion des **plans annuels d'aide à l'investissement** est déconcentrée aux ARS. En 2015, la CNSA a reconduit le financement d'un PAI pour les logements-foyers avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Une ambitieuse **réforme de la tarification** est engagée dans le champ du handicap, sous le double pilotage de la DGCS et de la CNSA. En 2015, la mission «SERAFIN-PH», avec les acteurs du secteur, a défini les notions de besoins et prestations, et en a établi une cartographie partagée sous forme de nomenclatures.

Le champ des personnes âgées fait également l'objet de travaux visant

une allocation plus équitable de la ressource: une enquête de coûts a été restituée en 2015 sur les EHPAD et l'année a été largement consacrée à la préparation de la réforme de la tarification introduite par la loi ASV.

La commission Normes et moyens a présenté en novembre son bilan 2015 sur les normes appliquées dans les établissements pour personnes âgées. Elle a étudié le rapport entre l'intérêt des normes pour les résidents et leur charge organisationnelle et financière pour l'établissement.

Les capacités de pilotage du secteur sont également au cœur du partenariat noué avec l'ATIH et des collaborations régulières avec l'ANAP.

Les MDPH sont le pivot de l'accès aux droits des personnes handicapées. Dix ans après leur création en 2005, la phase d'appui à la mise en place du réseau des MDPH par la CNSA a fait place à une phase d'harmonisation des pratiques et d'accompagnement de leur évolution pour renforcer l'efficacité de leur fonctionnement, la qualité des réponses apportées et l'équité de traitement sur le territoire.

3 Les maisons départementales des personnes handicapées

Animer et créer du lien au sein du réseau des MDPH

La CNSA joue un rôle d'appui aux pratiques des professionnels et anime des échanges d'expériences entre les MDPH.

Les rencontres nationales

La CNSA organise périodiquement des rencontres nationales avec les directeurs et les professionnels de MDPH (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. Elles sont l'occasion d'échanger sur les grands chantiers nationaux, de travailler à la construction d'outils d'aide à la décision et de procéder à l'analyse croisée de situations types pour comparer et rapprocher les pratiques.

Les séminaires avec les directeurs de MDPH (deux en 2015) visent à échanger sur les sujets d'actualité les plus stratégiques, souvent en présence des administrations centrales : « Une réponse accompagnée pour tous », système d'information (SI) des MDPH, bilan annuel du dispositif des situations critiques, etc.

Les 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 la lettre électronique bimensuelle 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 : suivi des évolutions législatives et réglementaires sur les prestations, enquête sur la prestation de compensation du handicap (PCH), appel à volontaires pour l'élaboration de guides, publications, etc. Depuis 2012, la CNSA alimente le site Passerelle, qui équivaut à un extranet, à destination des directeurs de MDPH et de leurs équipes. Il facilite les échanges d'informations, donne accès à des conseils juridiques et techniques sur les difficultés remontées par les MDPH, diffuse des contenus de formation. De plus, un système de stockage en ligne des productions de la direction de la compensation ou partagé entre les MDPH a été ouvert. Des déplacements thématiques sont fréquemment organisés en fonction des demandes (sur les prestations, le fonctionnement des MDPH, etc.).

La Caisse continue 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

COG

2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n°5

contentieux de l'incapacité et Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail).

Harmoniser les pratiques entre MDPH

L'amélioration continue des pratiques et le partage d'expériences sont essentiels à leur harmonisation et, partant, à l'équité de traitement des personnes sur les territoires.

Étude sur l'attribution des prestations

L'étude pilotée par la CNSA sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH a été achevée en mars 2015. Ces travaux ont

éligible, le taux d'acceptation, le délai moyen de traitement que le montant moyen du plan d'aide.

Si certaines caractéristiques socio-économiques jouent sur la variation du taux de demande, les facteurs organisationnels sont déterminants. Ainsi, la variation du taux de demande et du taux d'accord s'explique en grande partie par l'accompagnement du demandeur : un accueil de second niveau renforcé permet de bien orienter le demandeur et de l'aider à constituer un dossier de qualité, ce qui se traduit par un taux de demande plus faible et un taux d'acceptation plus élevé, ainsi que par un délai de traitement moindre. En revanche, il existe

COG
2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n° 5

n° 4



consisté en une analyse de la documentation existante, la diffusion d'un questionnaire auprès des MDPH et des conseils départementaux, des visites de collaborateurs de la CNSA sur sites et une enquête auprès de bénéficiaires. Deux rapports ont été produits, l'un pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'autre pour la PCH, ainsi qu'une note de synthèse. Les quatre phases de l'attribution (accueil, instruction, évaluation et décision) ont été distinguées pour identifier les causes des variations observées d'un territoire à l'autre. Celles-ci concernent aussi bien le taux de demandes déposées relativement à la population

une forte corrélation entre les caractéristiques socio-économiques des habitants et le montant moyen versé, pour la PCH comme pour l'APA. Le nombre de points d'accès pour informer les bénéficiaires potentiels importe moins que la qualité de l'information transmise. Celle-ci est liée à l'animation des partenaires et des représentations territoriales. Des circuits de traitement différenciés permettent d'apporter des réponses mieux adaptées dans des délais réduits grâce aux temps d'harmonisation et de partage des pratiques organisés au sein des équipes.

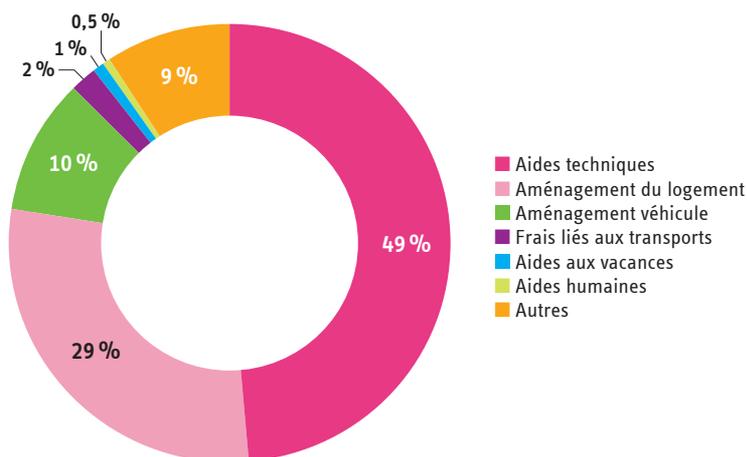
Ainsi, cette étude confirme combien le partage des pratiques entre les professionnels contribue à l'équité de traitement, à la qualité du service rendu et à l'adéquation de la réponse à la personne en situation de handicap et à la personne âgée en perte d'autonomie. Elle permet également d'identifier des leviers d'amélioration de la qualité de service rendu et d'efficacité pour les MDPH.

Les fonds de compensation

Courant 2014, une enquête non exhaustive a été menée auprès des MDPH sur les fonds de compensation (portant sur les données 2013). Ses résultats ont été présentés en juin 2015. Il ressort des soixante-treize réponses reçues que :

- les organisations et les règlements d'attribution des fonds sont très hétérogènes ;
- les critères d'éligibilité sont très variables, de même que les niveaux de prise en charge et la nature des interventions financées ;
- l'activité est très inégale mais globalement importante ;
- la moitié des aides financées sont des aides techniques ;
- le financement apporté par les fonds représente une part relativement élevée du coût du projet ;
- les principaux contributeurs sont la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le conseil départemental et l'État.

■ Répartition des montants octroyés par 55 fonds de compensation en 2013 par type d'aide



Observation : Ce graphique présente la répartition « moyenne » des interventions des fonds de compensation mais n'est pas affranchi des différences de règlements intérieurs des fonds de compensation, ainsi que leur périmètre d'intervention et le niveau des plafonds appliqués.

Des formations conjointes pour la scolarisation des enfants handicapés

Grâce à des avancées majeures dans la politique d'accompagnement, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés a doublé depuis l'année scolaire 2006-2007. Pour leur offrir un parcours scolaire personnalisé et adapté, une convention interpartenariale (2015-2017) a été signée entre le ministère de l'Éducation nationale, la CNSA, le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et le Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale (UNIFAF). Elle s'inscrit dans la continuité des travaux conduits par le Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP) et notamment de son rapport sur la scolarisation des élèves en situation de handicap de juillet 2013. Elle vise la formation conjointe des intervenants de terrain et de leurs encadrants pour développer les coopérations entre les professionnels des établissements et services médico-sociaux (ESMS), du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et des MDPH en s'appuyant sur les évolutions réglementaires et les outils associés.

Au total, près de 3 000 professionnels du secteur sont concernés. Ces formations doivent faciliter le développement d'une culture locale de partenariat et de coopération, ainsi que la compréhension du rôle et des missions des différents acteurs, afin de faciliter les collaborations.

Une phase expérimentale a été lancée en 2015 dans trois académies (Amiens, Lille et Clermont-Ferrand). Le bilan rendu au premier trimestre 2016 permettra d'apprécier les effets du dispositif auprès des professionnels six mois après la tenue de la formation. Pour le premier semestre 2016, le dispositif de formation est programmé dans cinq académies (Caen, Rouen, Orléans-Tours, Nantes, Rennes).

Enquête sur l'organisation des équipes pluridisciplinaires des MDPH en matière d'insertion professionnelle

La CNSA a réalisé une enquête en mai-juin 2015 pour mieux connaître les modalités d'organisation des équipes plu-

* Membres et financeurs des MDPH

Les membres de droit de ces groupements d'intérêt public 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.

68 M€

c'est la contribution de la CNSA au fonctionnement des MDPH en 2015. Elle était de **64 M€ en 2014**.

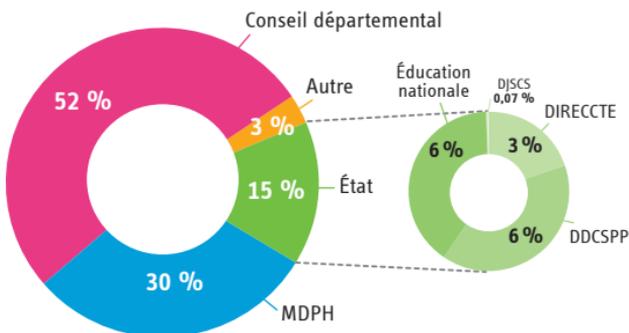
Source : CNSA 2016.

5084

c'est le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans les 101 MDPH en 2014.

Des équipes d'origines diverses...

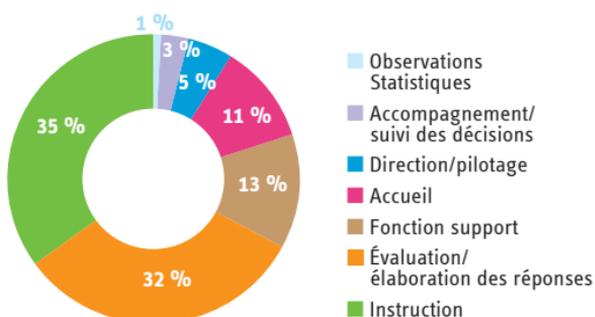
Répartition des ETP réels internes par employeur en 2014 dans les 101 MDPH



Source : CNSA, maquettes MDPH 2014.

... investies essentiellement dans le cœur de métier des MDPH

Répartition des ETP effectivement travaillés internes à la MDPH, par mission/processus en 2014



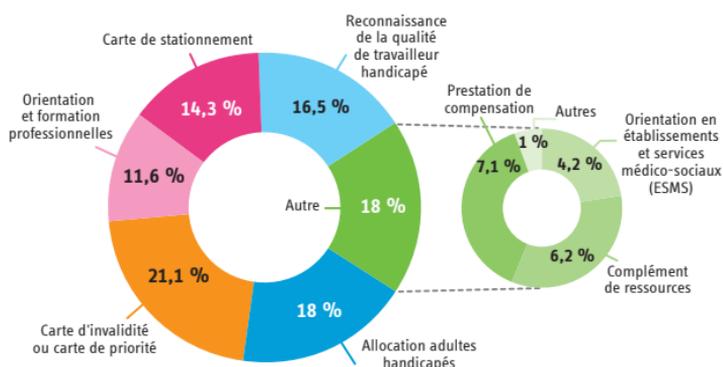
Source : CNSA, maquettes MDPH 2014.
Échantillon : 95 MDPH.

* L'activité des MDPH : l'instruction et l'attribution de nombreuses prestations et décisions d'orientation

Les demandes déposées auprès des MDPH sont très diverses. Leur flux est important, mais hétérogène d'un département à l'autre : il se situe entre 37 et 88 demandes pour 1000 habitants. Près de 4 millions de demandes ont été adressées en 2014 (+ 7 % en un an), dont 19 % concernent les enfants.

Répartition des demandes « adultes » déposées en 2014

Échantillon : 69 MDPH

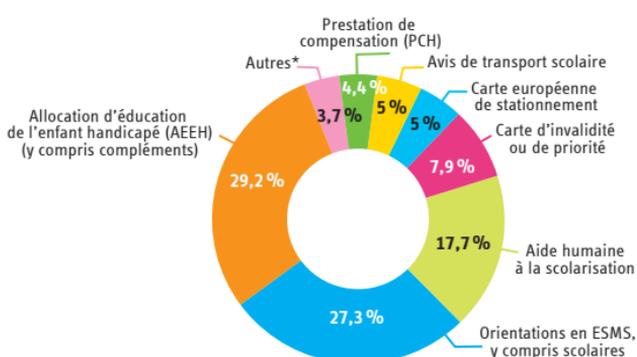


- La répartition des demandes reste stable en 2014, excepté la part des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité, qui diminue au profit des demandes d'AAH.
- La rubrique « Autres » contient les demandes d'allocations compensatrices et les demandes d'avis d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Répartition des demandes « enfants » déposées en 2014

Échantillon : 68 MDPH



- La répartition des demandes reste stable en 2014.
- En 2014, 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 2015.

* Rubrique « Autres » : amendement Creton, avis de matériel pédagogique.

ridisciplinaires en insertion professionnelle, repérer les types de situations évaluées, définir les attentes des MDPH vis-à-vis des partenaires, repérer les points forts et faibles pour identifier les axes d'amélioration. Quarante MDPH y ont répondu. Les résultats ont été repris pour élaborer un nouveau modèle de convention MDPH / service public de l'emploi (SPE) dans le cadre de la convention multipartite pour l'emploi des personnes handicapées.

Cette enquête confirme que l'expertise des professionnels extérieurs est importante pour proposer les orientations les plus adaptées possible aux situations. L'équipe pluridisciplinaire est perçue comme un lieu d'information réciproque sur l'évolution des dispositifs.

Les leviers d'amélioration identifiés relèvent de l'optimisation des outils et de leur utilisation généralisée, de l'organisation des

équipes pluridisciplinaires avec une plus grande participation des acteurs locaux, de Pôle emploi et aussi des entreprises. Ils portent également sur une meilleure anticipation des projets professionnels des jeunes et une meilleure connaissance des caractéristiques locales de l'emploi des personnes handicapées. Le tout doit favoriser la continuité de leur parcours professionnel.



FOCUS

L'expérimentation Potentiel emploi pour évaluer l'employabilité des personnes handicapées

Certaines personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés particulières (liées à leur état de santé, à leurs difficultés fonctionnelles, à la négation du handicap, etc.) pour construire leur projet professionnel et rechercher un emploi adapté. Une prise en charge spécifique et personnalisée est alors nécessaire. Partant de ce constat, une expérimentation a été lancée sur l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. Après une première phase (2011-2013), le Comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013 en a acté le déploiement progressif. La CNSA, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) l'ont piloté dans vingt-cinq départements en 2014-2015.

Le dispositif Potentiel emploi est constitué de plusieurs modules : premier entretien, synthèse des potentialités et des difficultés de la personne, émergence ou examen de son projet professionnel, mise en situation, élaboration d'un bilan d'évaluation, suivi à six mois du bénéficiaire. Fin octobre 2015, le dispositif a été ouvert à 2 350 personnes, et 550 d'entre elles ont déjà achevé le parcours d'accompagnement.

Cette expérimentation répond aux besoins des équipes pluridisciplinaires pour l'évaluation des situations complexes et permet à la MDPH de s'appuyer sur des compétences spécifiques en renforçant les liens avec les acteurs locaux, particulièrement avec le SPE. Les équipes des MDPH se sont fortement mobilisées, au-delà des seules ressources dédiées. Une organisation *ad hoc* a été mise en place pour l'expérimentation.

Les conditions de généralisation du dispositif Potentiel emploi restent à l'étude.

FOCUS LOI ASV

Un cadrage national pour les maisons départementales de l'autonomie (MDA)

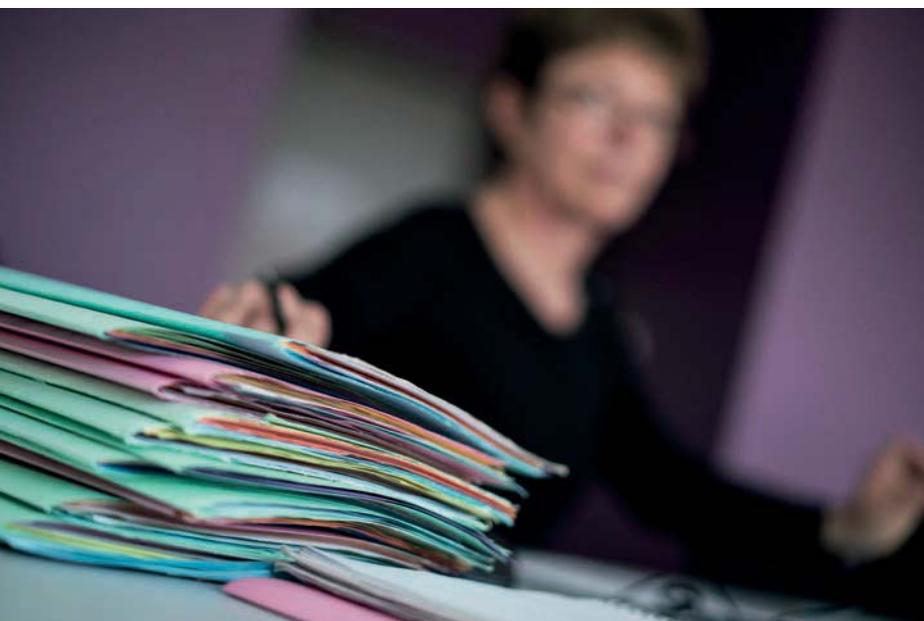
Les initiatives des conseils départementaux pour transformer l'organisation de leurs services et des MDPH en maisons départementales de l'autonomie sont diverses.

L'article 82 de la Loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) instaure une procédure de labellisation des MDA.

Elle confie cette mission à la CNSA. Celle-ci délivre un label quand l'organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges à définir par décret.

Optimiser l'organisation et l'outillage des MDPH

La croissance continue des dossiers déposés auprès des MDPH rend d'autant plus nécessaire la simplification de l'organisation et de leur fonctionnement, qu'il s'agisse de rationaliser les processus ou d'élaborer des outils communs.



L'expérimentation IMPACT

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) et la DGCS. Le projet IMPACT, « Innover et moderniser les processus MDPH pour

l'accès à la compensation sur les territoires », consiste dans l'expérimentation de modalités optimisées de dépôt et de traitement des dossiers, conçues en concertation avec les équipes des MDPH et les associations de personnes en situation de handicap.

L'optimisation du circuit des dossiers répond aux attentes des usagers en termes de simplification des démarches et à celles des MDPH en faveur d'un traitement plus efficace et plus fluide des demandes. 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 grâce à un formulaire de demande remanié et centré sur l'expression des besoins et des attentes de la personne, assorti d'un certificat médical revisité pour le rendre plus ergonomique, plus facile à remplir 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 le biais de l'observation du terrain par la CNSA et par le biais d'études spécifiques.

L'évolution du référentiel de missions et de qualité de service

Un nouveau référentiel de missions et de qualité de service des MDPH a été réalisé avec les associations représentant les personnes en situation de handicap et les MDPH et finalisé en 2015. Ce référentiel présente les sept missions des MDPH et définit pour chacune d'elles le niveau de qualité de service minimal attendu :

- information, communication et sensibilisation au handicap ;
- accueil, orientation et aide à la formulation du projet de vie, des attentes et des besoins des usagers ;
- évaluation, élaboration des réponses et des plans personnalisés de compensation (PPC) ;
- gestion du fonctionnement de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et des décisions ;

- gestion des litiges ;
- accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et leur suivi ;
- management, pilotage et animation territoriale.

Chaque MDPH doit déterminer, à partir d'un autodiagnostic, une trajectoire d'amélioration.

Ce référentiel est annexé à la convention pluriannuelle signée entre le conseil départemental et la CNSA. Son format type a également été refondu en 2015, en conformité avec le cadre défini par la loi ASV.

En effet, depuis 2006, la convention d'appui à la qualité de service conclue entre le conseil départemental et la CNSA était centrée sur les MDPH (échange de données, appui aux professionnels et aux missions des MDPH, équité de traitement, observation de la qualité de service). Elle comprenait des dispositions relatives aux concours financiers de la CNSA (APA, PCH, contribution au financement des MDPH), au cadre d'appui de la CNSA à la modernisation de l'aide à domicile et au soutien à la recherche et à l'innovation, et précisait les modalités d'échanges d'informations concernant l'offre de service médico-sociale.

La convention pluriannuelle fixe à présent leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées :

- promotion de la qualité, de l'efficacité et de l'équité de traitement dans le service rendu aux personnes handicapées et aux personnes âgées ;
- prévention, aide aux aidants et qualité des services de soutien à domicile ;
- concours financiers au titre de l'APA, de la PCH, de la MDPH, du financement de la conférence des financeurs ;
- cadre d'échange de données entre la CNSA, les MDPH et les départements ;
- promotion de l'innovation et de l'expérimentation.

Le projet de convention type a été approuvé par le Conseil de la CNSA en novembre 2015. Les négociations en vue de la signature des nouvelles conventions en 2016 ont été engagées en bilatéral avec chaque départemental.



FOCUS LOI ASV

La convention pluriannuelle départementale

Le référentiel de missions et de qualité de service est annexé à la convention pluriannuelle signée entre le conseil départemental et la CNSA. Son format type a été refondu en 2015, par anticipation de la loi ASV.

Le SI des MDPH

Les SI mis en place depuis 2005 dans les MDPH selon une organisation décentralisée se caractérisent par une forte hétérogénéité de leur couverture fonctionnelle et des notions et procédures mobilisées. Cela induit plusieurs difficultés : performance inégale des outils de gestion, difficulté de construction d'interfaces d'échanges entre partenaires, disparité des pratiques, émiettement des investissements financiers opérés par les départements, impossibilité d'une remontée automatisée des données dans le cadre du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH).

Le diagnostic conduit dans le cadre de la précédente COG a conclu à la nécessité de mettre en place un SI commun aux MDPH. La loi ASV confie à la CNSA la mission de mettre en œuvre ce SI commun aux MDPH et lui permet, en lien avec l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), de définir des normes d'interopérabilité et de mettre en place une labellisation des SI utilisés.

Dans le prolongement de l'audit de 2013, une étude de faisabilité a été confiée par la CNSA à l'ASIP Santé pour étudier les deux scénarios possibles de mise en place d'un SI commun : SI harmonisé à partir des SI existants ou SI unifié déployé par la CNSA. Compte tenu notamment des investissements effectués par les départements pour équiper les MDPH depuis dix ans et de la nécessité de progresser par paliers pour améliorer l'outillage des MDPH, l'option de l'harmonisation des SI a été retenue fin 2015. Ce processus se traduira par la définition de spécifications portant sur le tronc commun des fonctionnalités du SI et sur les services transverses qui lui sont rattachés (interfaces CAF, suivi des orientations, etc.), à intégrer progressivement dans les logiciels existants.

En parallèle, la conception d'un tronc commun des processus métiers des MDPH a été engagée début 2015, toujours dans l'objectif d'harmoniser les pratiques, au bénéfice final des personnes accompagnées.

COG
2012-2015

**OBJECTIF
PRIORITAIRE**

n°4

FOCUS LOI ASV

Le SI harmonisé des MDPH

La loi ASV charge la CNSA de mettre en place un SI commun aux MDPH. En lien avec l'ASIP, elle définira les normes d'interopérabilité et mettra en place une labellisation des SI utilisés.



DR

“ La CNSA n'est pas en contact direct avec les usagers : elle est au service de ceux qui sont au service des usagers. ”

Denis Piveteau, préfesseur et premier directeur de la CNSA



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. Conformément à la loi ASV, elle l'étend aux **équipes médico-sociales des conseils départementaux**, au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'**animation du réseau des MDPH** par le partage d'informations et des travaux communs, l'harmonisation des pratiques, l'optimisation de l'organisation et de leur outillage répondent aux mêmes objectifs :

contribuer à l'amélioration du service rendu et renforcer l'équité de traitement sur tout le territoire.

La CNSA inscrit son appui aux MDPH dans le cadre d'une **convention signée avec chaque conseil départemental**, à laquelle est annexé un **référentiel de missions et de qualité de service**. Tous deux ont été refondus en 2015.

Parmi les travaux menés en 2015, une étude a été finalisée sur l'attribution de l'APA et de la PCH. Elle révèle que, si certaines caractéristiques socio-économiques jouent sur la variation du taux de demande et le contenu du plan

d'aide, les facteurs organisationnels sont déterminants.

Une convention (2015-2017) a été signée entre la CNSA, le ministère de l'Éducation nationale, la CNSA, le CNFPT et UNIFAF pour développer les formations croisées des professionnels intervenant dans le parcours scolaire des enfants handicapés, afin de garantir sa personnalisation et son adaptation progressive.

Le choix d'un SI **harmonisé des MDPH** a été arrêté fin 2015, pour une mise en œuvre dès 2016.

La CNSA mène une action reconnue en faveur de la modernisation des services d'aide à domicile et de la formation de leurs professionnels. Ce secteur joue en effet un rôle déterminant dans la compensation de la perte d'autonomie. Respecter le projet de vie à domicile de la personne en situation de handicap et de la personne âgée implique aussi de proposer un appui adéquat à leurs aidants et de soutenir le développement et l'utilisation des aides techniques. Les financements versés par la CNSA aux acteurs du secteur de l'aide à domicile sont inscrits dans la section IV de son budget.

4 Les aides humaines et les aides techniques

L'accompagnement à domicile

Les départements, chefs de file 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 des actions visant à encourager la structuration du secteur de l'aide à domicile (regroupement de services) et la modernisation des services (amélioration de la gestion des services, déploiement de nouveaux outils de gestion), ainsi qu'à professionnaliser le personnel (amélioration de l'accès aux métiers de l'aide à domicile, formation). Le rôle des conseils départementaux est renforcé par la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) : leur compétence de régulation couvre tous les services, qui sont désormais sous le régime unique de l'autorisation. La conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, dont le contenu est précisé par la loi, soutient l'évolution de l'offre pour répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire.

Les conseils départementaux 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.

En 2015, quarante-six départements ont bénéficié d'un soutien de la CNSA au titre de la section IV de son budget, pour un montant total de plus de 12,5 M€ (cf. carte ci-contre).

Les principaux réseaux nationaux, des partenaires privilégiés

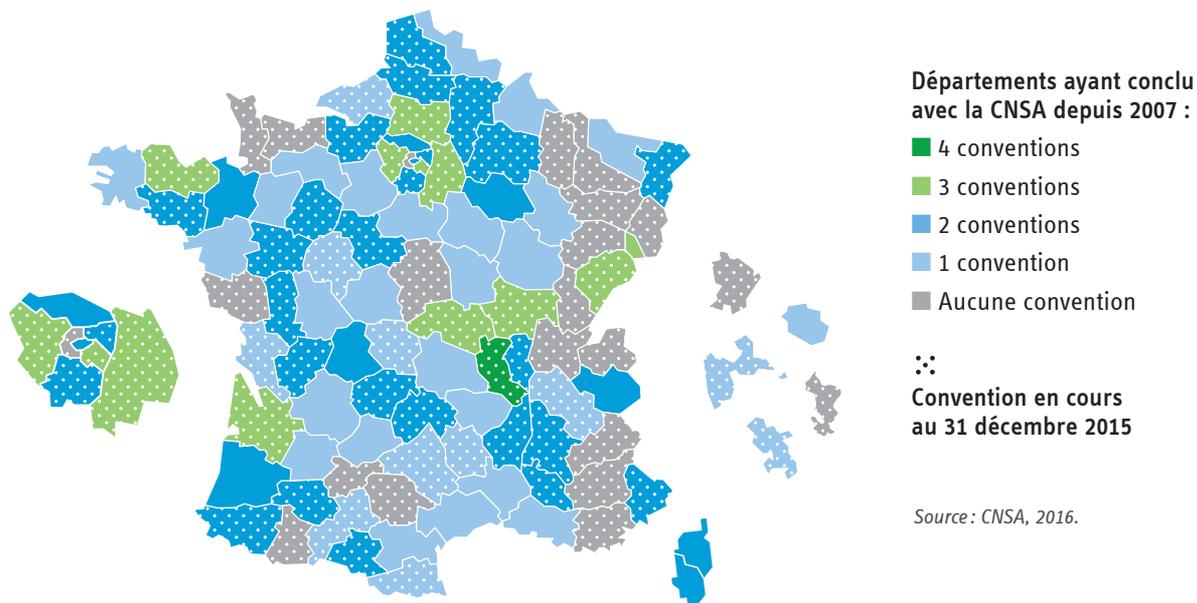
La CNSA a développé des partenariats formalisés avec les têtes de réseaux de services d'aide à domicile : l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS), l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), Handéo, la Fédération française des services à la personne (FEDESAP), ADESSA domicile, l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) et la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM). Elle soutient aussi des acteurs nationaux dans leur dynamique de modernisation et de professionnalisation : la Croix-Rouge française, Toutadom et Domidom. En 2015, le soutien financier de la CNSA à ces différents réseaux et organisations s'est élevé à plus de 12,7 M€.

COG
2012-2015

OBJECTIF
PRIORITAIRE

n°6

■ La contractualisation avec les départements au titre de la section IV du budget de la CNSA au 31 décembre 2015



Un engagement renouvelé pour la formation des professionnels

La CNSA mène une politique de soutien aux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) du secteur médico-social et de l'aide à domicile. À travers ses cofinancements, elle permet d'amplifier le nombre de professionnels bénéficiant de formations professionnalisantes et certifiantes. Les 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 à des métiers caractérisés par des difficultés de recrutement.

La CNSA a renouvelé les conventions avec les deux OPCA du secteur de l'aide à domicile pour la période 2015-2017. L'accord-cadre signé avec AGEFOS PME en novembre vise à développer, dans des entreprises privées de services à la personne, les actions de formation et de qualification des salariés en matière d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. L'accord-cadre signé avec Uniformation en décembre doit permettre de former chaque

année au moins 43 000 professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dans le cadre d'un programme global de 75 M€ sur la période. Il a pour objectif l'adaptation à l'emploi et l'évolution des connaissances professionnelles. Sont notamment visés le développement de la formation d'assistant

de soins en gérontologie, la mise en place de formations répondant, pour les unes, aux besoins d'une offre de services de SPASAD intégrés et, pour les autres, à l'introduction de notions de prévention des risques pour les professionnels et de prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Ainsi, la mise en œuvre de ces deux accords-cadres contribuera avec les professionnels mieux formés à l'amélioration de l'accompagnement.

Depuis 2013, la CNSA soutient également le dispositif des « emplois d'avenir ». Ce dispositif permet à des jeunes d'accéder par une formation qualifiante aux métiers de l'aide à domicile.

Une étude nationale de coûts

La CNSA et la DGCS ont lancé en décembre 2014 une étude nationale de coûts pour les SAAD sur des données 2011-2013. La consolidation des résultats a été présentée en comité de pilotage de la refondation de l'aide à domicile début 2016. L'échantillon de 50 SAAD a été constitué afin de couvrir la diversité des départements et des services (régimes d'intervention, taille, statut, zone d'intervention).



FOCUS

L'adaptation des logements individuels

La CNSA et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) ont signé le 6 mai 2015 une convention de partenariat de deux ans pour l'adaptation de logements individuels aux contraintes liées à l'âge et à la perte d'autonomie. S'inscrivant dans la continuité du protocole de coopération signé en juin 2007, le partenariat porte sur le financement de l'adaptation de logements, ainsi que sur l'élaboration et la mise en œuvre d'actions partagées en matière de sensibilisation, de connaissance des besoins et de l'offre de logements adaptés, de construction d'outils méthodologiques et de meilleure articulation des procédures de financement et de paiement des dossiers. Le plan d'actions conçu dans le cadre de la convention porte sur la communication auprès du grand public et des institutions, ainsi que sur l'échange d'expertises.

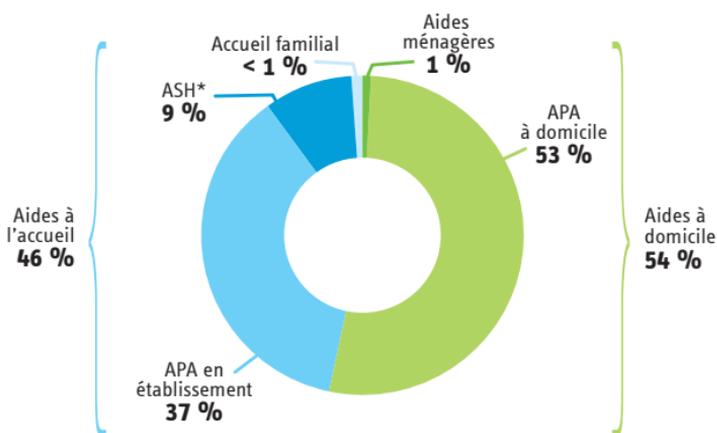
Dans le cadre de l'objectif d'adaptation de 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et à la perte d'autonomie fixé par le président de la République, et conformément au rapport annexé au projet de loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 autorisant un financement sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), la CNSA a versé 20 M€ à l'ANAH en 2015 pour l'adaptation de 6 000 logements supplémentaires.

* L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1 249 490

personnes ont perçu un versement au titre de l'APA en 2014
(738 160 à domicile - 511 330 en établissement)

Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2014 (en mesures d'aide)



*ASH: aide sociale à l'hébergement.
Champ: France métropolitaine, situation au 31 décembre 2014.
Source: DREES, enquête Aide sociale 2014.

L'APA: des plafonds en fonction de la perte d'autonomie

L'APA est attribuée à domicile et 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 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 montants plafonds mensuels de l'APA au 1^{er} avril 2015 pour ces quatre groupes sont inchangés :

- 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 2014 :

	À domicile	En établissement
• GIR 1 :	2 %	18 %
• GIR 2 :	17 %	42 %
• GIR 3 :	22 %	17 %
• GIR 4 :	59 %	23 %

Source: DREES, enquête Aide sociale 2014.

* La prestation de compensation du handicap (PCH)

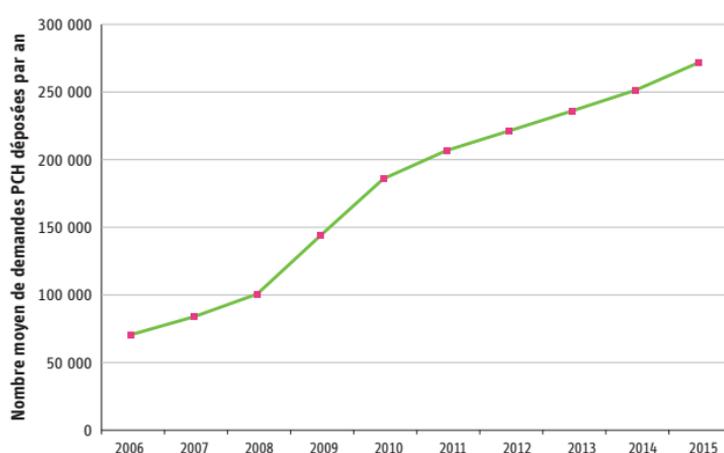
184 000

personnes ont perçu un versement au titre de la PCH en décembre 2015 sur 271 000 demandes.

46,4 % des demandes de PCH ont ainsi donné lieu à une décision d'accord.

Source : DREES, enquête 4^e trimestre 2015 et questionnaire mensuel, CNSA 2016.

Évolution des demandes de PCH déposées par an, entre 2006 et 2015



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, année 2015 : données définitives extrapolées à la population française.

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 2015)

1	Aide humaine	Tarif horaire qui varie selon le mode de recours à l'aide : <ul style="list-style-type: none"> • 12,49 €/h pour l'emploi direct • 13,74 €/h pour un service mandataire • 17,77 €/h pour un service prestataire • 3,67 €/h pour un aidant familial dédommagé • 5,51 €/h pour un aidant familial dédommagé (si cessation totale ou partielle d'une activité professionnelle)
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

Les conclusions de cette étude nationale sur les coûts et prestations des SAAD doivent apporter des éléments d'éclairage sur les composantes des coûts, les organisations et le financement des services.

L'aide aux aidants

L'extension des missions de la Caisse

En 2015, afin de se préparer au renforcement de ses missions en la matière, la CNSA a fait réaliser une étude sur l'aide aux aidants, avec une évaluation des dispositifs qu'elle cofinance au titre des sections IV et V de son budget. Il en ressort un besoin de renforcer la cohérence et la complémentarité des orientations et de l'offre.

À la suite de cette étude, une feuille de route a été élaborée pour la période 2016-2019, ainsi qu'une nouvelle doctrine de soutien financier aux projets d'aide aux aidants.

Ces travaux s'inscrivent dans la mise en œuvre des mesures n^{os} 50 et 51 du plan Maladies neurodégénératives (PMND) relatives « à la structuration et à la mise en œuvre d'une politique active en direction des proches aidants dont font partie les aidants familiaux » et à « l'engagement d'une réflexion sur l'accès à un soutien psychologique adapté aux besoins des aidants ». Une enveloppe de 1 M€ a été répartie entre les ARS fin 2015 pour la mise en œuvre de la mesure n^o 50 du PMND, dans le prolongement du plan Alzheimer 2009-2012, afin de soutenir des actions d'information-formation et des actions collectives d'accompagnement à travers des actions d'information et de soutien des aidants de personnes atteintes de démences, de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques.

Les actions de formation des aidants

Les crédits de la section IV du budget de la CNSA (outre la modernisation et la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile) permettent de cofinancer des actions de formation pour les aidants. La politique de contractualisation mise en place par la Caisse vise les départements et les associations nationales. Ces conventions assurent le financement d'actions permet-

FOCUS LOI ASV

Un cadre d'intervention renforcé pour la CNSA

Un cadre d'intervention renforcé pour la CNSA par la loi du 28 décembre 2015 qui lui confie :

- une mission d'appui aux conférences des financeurs, qui sont notamment chargées de définir une stratégie commune dédiée aux proches aidants de personnes âgées ;
- la production d'un référentiel destiné aux équipes médico-sociales en charge de l'APA, ce référentiel devant prendre en compte les besoins des proches aidants ;
- la loi étend également les possibilités de cofinancement, dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA, au-delà des actions de formation, aux actions d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, qu'il s'agisse d'actions collectives de soutien moral et/ou social ou d'information.

tant aux aidants d'accéder gratuitement à des programmes de formations non professionnelles, dont l'objet est de les aider à réfléchir à leur rôle d'aidant et à mieux connaître la maladie ou le handicap affectant leur proche, ses conséquences sur leur vie quotidienne, et à pouvoir s'y adapter.

La CNSA a engagé 5,8 M€ pour les actions mises en œuvre par les départements dans le cadre des conventions signées entre 2008 et 2015. Les autres départements peuvent recevoir des financements délégués aux agences régionales de santé. Depuis 2011, le montant de ces crédits est de 5,1 M€.

La Caisse participe au financement et contribue à l'élaboration des programmes de formation gratuits pour les aidants développés par plusieurs associations. En 2015, elle a renouvelé sa convention avec France Alzheimer. Six autres accords-cadres sont en cours d'exécution en 2015 (Association nationale des centres de ressources

autisme – ANCRA –, Association française des aidants – AFA –, Fédération nationale des aidants familiaux – FNAF –, France Parkinson, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – UNAFAM – et Fédération des aînés ruraux). Au total, les douze accords-cadres signés entre 2009 et 2015 avec ces associations, dont huit à partir de 2013, prévoient un objectif de formation de 61 000 aidants pour un montant engagé de 10,5 M€.

Les centres d'expertise nationaux sur les aides techniques

La CNSA a soutenu pendant trois ans l'expérimentation des centres d'expertise nationaux (CEN) sur les aides techniques relatifs à la mobilité (CEREMH), à la stimulation cognitive (CEN STIMCO), aux interfaces de communication (CENTICH) et à la robotique d'assistance (CENRoB).



FOCUS

Quelques chiffres sur les proches aidants

8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus occupent la fonction d'aidant : 4,3 millions auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile (dont 3,4 millions pour des actes de la vie quotidienne) et 4 millions auprès de personnes âgées de moins de 60 ans. L'aidant unique est dans 44 % des situations le conjoint, dans 12 % des cas un enfant et dans 13 % des cas un parent. Les femmes représentent 57 % des aidants de 16 ans ou plus intervenant auprès de leurs proches à domicile.

47 % des aidants occupent un emploi ou sont apprentis, 7 % sont au chômage, 33 % sont retraités, 13 % sont d'autres inactifs. Les aidants ont en moyenne 52 ans.

Sources des données : enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, DREES, 2008 ; enquête Handicap-Santé, volet « ménages », INSEE.

Ces centres d'expertise nationaux rapprochent chercheurs, professionnels de la compensation, usagers et industriels. Ils portent des plateformes d'essais et de démonstration, réalisent des évaluations de dispositifs techniques, proposent des formations et participent à des projets de recherche et développement.

La CNSA a prolongé son soutien au CEREMH, au CEN STIMCO et au CENTICH pour le développement de trois projets interdépendants portant sur :

- l'évaluation du service rendu par les aides techniques ;
- l'information sur la compensation par les aides techniques à destination des utilisateurs, des proches et des professionnels ;
- la formation aux aides techniques tant en direction des professionnels que des utili-

sateurs (personnes handicapées, personnes âgées et aidants).

Ainsi associés, ces trois projets doivent permettre le développement de services favorisant la connaissance des aides techniques par les utilisateurs finaux et les professionnels chargés de les préconiser et amélioreront le recours à ce type de compensation. Ils visent plus particulièrement à :

- élaborer un référentiel d'évaluation des aides techniques ;

- définir une méthode d'ingénierie pour la création de contenus et de supports d'information accessibles, compréhensibles et utilisables par les personnes en situation de handicap et par les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- cartographier les formations et développer de nouvelles offres de formation pour les professionnels et les utilisateurs.

L'ESSENTIEL

La compensation des conséquences du handicap et le soutien à l'autonomie mobilisent des **aides humaines et 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.

Le déploiement important du conventionnement entre la CNSA et les **conseils départementaux**, ainsi qu'avec les **réseaux nationaux**, contribue à répondre à des enjeux prégnants du secteur de l'aide à domicile, qu'il s'agisse de sa structuration, de son financement ou de l'amélioration continue de la qualité des interventions.

Le soutien de la CNSA aux départements s'inscrit dans le cadre de la loi ASV, qui fait entrer tous les SAAD dans le régime de l'autorisation, sous la seule compétence des conseils départementaux, ce qui devrait faciliter la restructuration du secteur.

La CNSA a renouvelé ses conventions-cadres avec les **OPCA** Uniformation et AGEFOS PME pour

la période 2015-2017. L'accord-cadre signé avec Uniformation, portant sur un programme de 75 M€ cofinancé par la CNSA, doit permettre de former chaque année au moins 43 000 professionnels de SAAD, SPASAD et SSIAD. Il a pour objectif l'adaptation à l'emploi et l'évolution des connaissances professionnelles.

Depuis 2013, la CNSA soutient le **dispositif des « emplois d'avenir »**, qui permet l'accès à une formation qualifiante, un appui à la professionnalisation, une formation de remise à niveau, une préparation aux concours et une formation de tuteurs.

Les conclusions de **l'étude nationale sur les coûts et les prestations des SAAD** menée conjointement par la CNSA et la DGCS appuieront la prise de décision pour la modernisation et la restructuration du secteur.

La loi ASV étend les compétences de la Caisse dans le champ de **l'aide aux aidants** : les conférences des financeurs dont elle appuie

la mise en place sont notamment chargées de définir une stratégie dédiée aux proches aidants de personnes âgées et les équipes médico-sociales chargées de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) doivent être équipées par la CNSA d'un référentiel d'évaluation prenant en compte les besoins des proches aidants. Les possibilités de cofinancement sont étendues, dans le cadre de la section IV de son budget, aux actions d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en plus des actions de formation. Sur la base d'une étude menée en 2015 sur sa politique d'aide aux aidants, la CNSA a élaboré une feuille de route pour la période 2016-2019 et une nouvelle doctrine de soutien financier aux projets.

La CNSA poursuit son action en faveur des **centres d'expertise nationaux**.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) étend le champ de compétences de la CNSA. Sa mise en œuvre a été anticipée afin de répondre plus rapidement aux besoins et aux attentes des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, également concernées par la loi.

5 Vers la loi d'adaptation de la société au vieillissement

Un portail d'information pour le grand public

L'accès à l'information est la première étape de l'accès aux droits et d'un choix éclairé. De nombreux canaux d'information existent, notamment au niveau local, mais l'accès reste difficile en raison de la complexité des dispositifs et de l'éclatement des interlocuteurs potentiels.

La loi ASV confie à la CNSA une nouvelle mission d'information. Elle se concrétise notamment par la création d'un portail d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches. Ce projet s'inscrit dans le chantier du service public d'information en santé prévu par la loi de modernisation de notre système de santé.

Une première version du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr a été mise en ligne dès juin 2015. Son contenu est élaboré en collaboration étroite avec les partenaires de la CNSA : conseils départementaux, associations, fédérations, caisses de sécurité sociale, agences régionales de santé (ARS), administrations centrales.

Elle propose une information officielle, complète et de qualité pour aider les personnes âgées et leurs proches dans leurs démarches : droits, aides, éventail de l'offre à domicile et en établissement. Le portail constitue une porte d'entrée unique pour orienter la personne âgée ou ses proches vers les

bons interlocuteurs. Il comporte des outils concrets et innovants comme le simulateur du reste à charge en EHPAD et différents annuaires avec géolocalisation des structures médicalisées et des points d'informations locaux (centres locaux d'information et de coordination gérontologique - CLIC -, etc.). Le contenu du portail sera enrichi par la mise en ligne d'autres informations, complété de l'annuaire et de nouveaux services (notamment la remontée des tarifs des EHPAD).

Les conférences des financeurs

La conférence des financeurs instaurée par la loi ASV réunit les régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, les institutions de retraite complémentaire, les organismes régis par le Code de la mutualité et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), sous la présidence du président du conseil départemental et la vice-présidence du directeur général de l'ARS. Instance de coordination institutionnelle, elle a plusieurs missions :

- établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental ;
- recenser les initiatives locales ;
- définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

Elle vise à fédérer les acteurs autour de stratégies territoriales partagées en matière de

prévention individuelle et collective, d'accès aux aides techniques, d'aide aux aidants. Le public visé est âgé de 60 ans et plus.

Dès juin 2015, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA, avec les acteurs des vingt-quatre territoires volontaires, ont conduit des travaux destinés à l'élaboration des décrets d'application de la loi et à construire une méthodologie d'accompagnement autour de plusieurs thématiques: diagnostic et élaboration du programme d'action, aides techniques et adaptation de l'habitat, gouvernance, stratégie de pilotage. Sur cette base, un guide technique a été mis à disposition début 2016 pour faciliter la mise

sur les actions de prévention ont également été retenues (cf. carte ci-dessous).

L'appui de la CNSA aux équipes médico-sociales des conseils départementaux

Les outils d'évaluation individuelle de la situation et des besoins de la personne contribuent à une meilleure adaptation de la réponse, ainsi qu'à l'égalité de traitement, dans la mesure où ils constituent un cadre commun de lecture des situations. La loi ASV étend le rôle d'expertise technique et de mise à disposition de référentiels, méthodes et outils d'évaluation aux équipes médico-sociales des conseils départementaux.

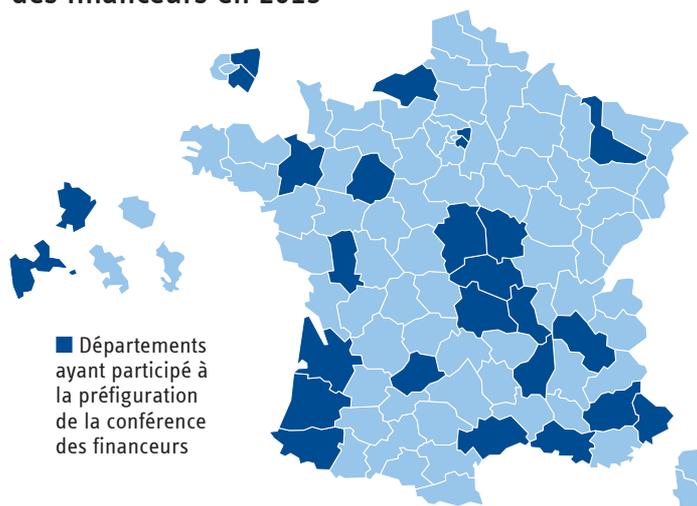


en place des conférences dans les autres départements. En complément, des rencontres interrégionales et nationales seront organisées.

Un espace dématérialisé de partage d'informations a aussi été ouvert en juin 2015. Il sera accessible à l'ensemble des territoires.

Pour accompagner les vingt-quatre territoires préfigurateurs dans la mise en place des conférences, la CNSA leur a attribué une subvention de 100 000 euros en moyenne. Ces moyens ont été mobilisés pour la réalisation de travaux d'étude nécessaires à la construction du programme coordonné, pour les premières actions de prévention ainsi que des aides techniques et actions en direction des proches aidants. Des actions d'information sur les dispositifs existants ou

■ Les 24 territoires préfigurateurs de la conférence des financeurs en 2015



Source: CNSA/DGCS, Les pilotes de la préfiguration de la conférence des financeurs, 18 janvier 2016.

La première mission de la CNSA est d'élaborer, en concertation étroite avec les départements, un référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

Ce référentiel, élaboré courant 2016, tiendra compte des outils d'évaluation multidimensionnelle déjà développés par les équipes médico-sociales des départements, ainsi que du guide d'évaluation de la personne

dispositif décentralisé sont très hétérogènes et ne permettent pas le partage ni la remontée de données. Pour y remédier, une étude de faisabilité menée en 2015 avec l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) a instruit les deux scénarios identifiés après l'audit de 2013 : un SI unifié ou une harmonisation des SI locaux. L'examen des conditions fonctionnelles, techniques, juridiques, organisationnelles et budgétaires a conduit à faire le choix d'un SI harmonisé.



âgée en perte d'autonomie. Il sera testé au second semestre par des départements volontaires et sera complété dans un second temps d'un outil de recueil des données d'évaluation. La commission d'évaluation des besoins de la personne du conseil scientifique de la CNSA accompagne ces travaux.

Dès 2015, la CNSA a capitalisé les pratiques départementales au sein d'un recueil des référentiels existants et des informations sur leur organisation et les modalités d'évaluation.

Les systèmes d'information des MDPH

Les systèmes d'information (SI) mis en place dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans un

La loi ASV confie à la CNSA la mission de concevoir et de mettre en œuvre ce SI commun et lui permet, en lien avec l'ASIP Santé, de définir des normes d'interopérabilité et de mettre en place une labellisation des SI utilisés.

Ce chantier pluriannuel, majeur et structurant, poursuit plusieurs objectifs :

- un gain d'efficacité et de qualité du service rendu par les MDPH ;
- une harmonisation des pratiques en vue de plus d'équité de traitement ;
- une amélioration de l'ensemble des interactions entre les MDPH et leurs partenaires (SI du département, CAF, etc.) ;
- une amélioration de la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap ;

- un soutien au renforcement de l'accompagnement des personnes handicapées ;
- une meilleure capacité de pilotage, national et local, des politiques du handicap.

Les travaux de conception du cadre de référence du SI harmonisé ont été lancés début 2016 avec l'appui de l'ASIP santé.

Les maisons départementales de l'autonomie (MDA)

Les initiatives des conseils départementaux pour transformer l'organisation de leurs services et des MDPH en maisons départementales de l'autonomie sont diverses : rapprochement géographique des guichets d'accueil pour personnes âgées et pour personnes handicapées, rapprochement voire mutualisation des équipes d'évaluation individuelle et des pratiques professionnelles... Elles s'appuient sur une mise en commun des ressources, quand bien même les prestations accordées restent différentes.

Dans ce contexte, la CNSA a soutenu trois expérimentations – dans les départements de la Corrèze, du Cantal et de la Côte-d'Or – afin de se donner les moyens d'observer et d'analyser les initiatives locales pour mieux en appréhender les enjeux, les impacts et les risques. D'autres projets ont vu le jour, tous différents et répondant aux spécificités territoriales.

L'article 82 de la loi ASV instaure une procédure de labellisation des MDA. Il confie cette mission à la CNSA. Celle-ci délivre un label quand l'organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret.

Le cahier des charges sera élaboré en 2016 dans le cadre de groupes de travail associant des représentants des associations de personnes en situation de handicap et de personnes âgées, des conseils départementaux et des MDPH.

L'aide aux aidants

En 2015, afin de se préparer au renforcement de ses missions en la matière, la CNSA a fait réaliser une étude sur l'aide aux aidants complétée par une évaluation des

dispositifs qu'elle cofinance au titre des sections IV et V de son budget. Il en ressort un besoin de renforcer la cohérence et la complémentarité des orientations et de l'offre. Cinq grandes orientations ont été dégagées. Elles portent sur :

- le repérage de la situation de l'aidant en risque d'épuisement ;
- l'évaluation pour une orientation adaptée aux besoins et aux attentes des aidants ;
- le renforcement de la cohérence des stratégies d'aide aux aidants au niveau national ;
- le renforcement de l'articulation et de la lisibilité des actions d'aide aux aidants au niveau local grâce notamment à la mise en place des conférences des financeurs ;
- la stratégie de conventionnement de la CNSA.

À la suite de cette étude, une feuille de route a été élaborée pour la période 2016-2019, ainsi qu'une nouvelle doctrine de soutien financier aux projets d'aide aux aidants. Elles ont été finalisées en novembre 2015. Pour chacune des recommandations, la CNSA viendra en appui des acteurs par la mise à disposition d'outils et de référentiels, l'animation de réseaux, l'octroi de financements, et contribuera ainsi à une meilleure structuration des actions en direction des aidants.

Les nouveaux concours financiers

La CNSA verse trois nouveaux concours financiers aux départements : le concours correspondant au forfait autonomie pour renforcer les missions de prévention des résidences autonomie, le concours correspondant aux autres actions de prévention pour soutenir les programmes des conférences des financeurs ainsi qu'une seconde part du concours allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Ces concours traduisent la volonté du législateur d'améliorer concrètement le quotidien des personnes âgées et de leurs proches à leur domicile. La contribution de la CNSA couvre les nouvelles dépenses engagées avec la réforme de l'APA, grâce aux recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Le concours APA

Il est désormais divisé en deux parts. La première part correspond au concours précédemment en vigueur. Ses modalités de calcul restent inchangées (à l'exception de la création d'une quote-part spécifique pour trois collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-

Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin). Elle compense partiellement les dépenses d'APA à domicile et en établissement. En 2016, ce concours est estimé à 1,799 Md€.

La seconde part compense les charges nouvelles résultant de la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile, de la diminution de la participation financière des bénéficiaires dont le plan d'aide est important, du droit au répit des aidants et du relais en cas d'hospitalisation, ainsi que de la revalorisation des salaires des professionnels de la branche « aide à domicile » en 2014. Pour 2016, le montant prévisionnel de la seconde part du concours est fixé à 306,65 M€. Celle-ci est répartie entre les départements en fonction d'une clé de répartition fixée en annexe 1 du décret n° 2016-212 du 26 février 2016, et donne lieu au versement d'acomptes mensuels à compter d'avril.

FOCUS

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : une nouvelle extension du périmètre de compétences de la CNSA

Les missions assurées jusque-là par la Caisse étaient :

- la contribution au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, au financement de l'investissement ainsi qu'à la répartition équitable des dépenses sur le territoire ;
- la réalisation d'études de coût ;
- l'expertise technique sur les référentiels, méthodes et outils d'évaluation des besoins individuels de compensation, ainsi que sur les schémas et programmes interdépartementaux ;
- la diffusion et les échanges d'expériences, de bonnes pratiques et d'informations entre les MDPH ;
- la participation à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées ;
- le soutien à la recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;
- la coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet.

S'y ajoutent désormais :

- l'information sur les droits et les services pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles ;
- la contribution affirmée à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins ;
- la diffusion et les échanges d'expériences, de bonnes pratiques et d'informations entre les services des conseils départementaux chargés de l'APA et entre les conférences des financeurs ;
- l'appui aux MDA ;
- la conception et la mise en œuvre du SI commun aux MDPH ;
- la définition des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liés aux méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ;
- la contribution au financement des dépenses d'accompagnement des proches aidants sur un périmètre plus large que précédemment ;
- le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information, le conseil sur les aides techniques et leur évaluation ;
- la gestion comptable et financière du Fonds national d'accompagnement de l'accessibilité universelle.

Le concours « autres actions de prévention » de la conférence des financeurs

Ce concours permet de soutenir les programmes des conférences des financeurs portant sur l'amélioration de l'accès aux aides techniques individuelles, le développement d'autres actions collectives de prévention et le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Là encore, il s'agit de préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées et de leur permettre de vieillir chez elles grâce à un accompagnement adapté.

Le concours « forfait autonomie »

Les résidences autonomie (nouvelle dénomination des foyers-logement) doivent désormais proposer un minimum de prestations individuelles ou collectives aux résidents, dont des actions de prévention de la perte d'autonomie. Pour ce faire, elles reçoivent une aide modulable dite « forfait autonomie », qui est gérée par le département et financée au moyen du concours « forfait autonomie » de la CNSA après conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les montants de ces deux derniers concours sont fixés annuellement par arrêté.



L'ESSENTIEL

▶ **La loi ASV étend le champ de compétences de la Caisse.** Sans attendre son adoption, la CNSA, en lien avec ses partenaires, en a préfiguré plusieurs dispositions et a mené les travaux préparatoires nécessaires au lancement d'autres chantiers.

▶ Ainsi, elle a porté un **portail Internet d'information** auprès du grand public sur les aides proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Les personnes handicapées vieillissantes sont également concernées.

▶ Les nouvelles instances de coordination institutionnelle que sont les **conférences des financeurs**

ont été préfigurées dès le mois de juin 2015 dans vingt-quatre territoires volontaires.

▶ Les **outils d'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée** existants dans les départements ont été collectés en 2015 afin de produire en 2016 un référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants. Ce référentiel sera complété d'un outil de recueil des données d'évaluation.

▶ Les travaux préparatoires menés sur les **SI des MDPH** ont conduit à retenir le schéma de leur harmonisation progressive.

▶ Une feuille de route 2016-2019 a été finalisée en novembre 2015, ainsi qu'une nouvelle doctrine de soutien financier **aux projets d'aide aux aidants**, sur la base d'une étude pilotée par la CNSA.

▶ Enfin, la CNSA a préparé le versement de **trois concours supplémentaires aux conseils départementaux** : pour couvrir le volet 2 de l'APA, pour le financement des conférences des financeurs et pour celui du « forfait autonomie » des résidences autonomie.

Mettre la connaissance et l'expérimentation au service des solutions de demain : tel est l'objectif qui guide le soutien de la Caisse à la recherche, aux études et aux actions innovantes. Pour informer les acteurs du secteur, elle développe des actions de communication.

6 Les études, la recherche, l'innovation et la communication

Promouvoir la recherche et les initiatives de terrain

Avec l'appui stratégique et méthodologique de son Conseil scientifique, elle soutient des projets de recherche et de grandes enquêtes de la statistique publique française et européenne, et elle opère une démarche de recherche incitative en lien avec ses enjeux décisionnels propres. La CNSA a une action organisée de soutien aux actions innovantes via un dispositif ouvert et permanent de soumission de projets et a, pour la première fois en 2015, expérimenté un appel à projets thématique. Toutes ces actions sont financées par la section V du budget de la Caisse : 9,28 M€ en 2015, complétés de 1,58 M€ de crédits exceptionnels (section V *bis* créée en anticipation de la loi Adaptation de la société au vieillissement – ASV), pour un montant total de 10,86 M€.

Le soutien aux 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 et organisent et mettent en œuvre la procédure d'évaluation scientifique des projets. La CNSA intervient comme financeur principal ou complémentaire. En 2015, elle a ainsi consacré 1,76 M€ au soutien de vingt projets de recherche sélectionnés selon les canons de la recherche académique.

Dans le cadre de l'appel à projets dit permanent Handicap et perte d'autonomie, qui

donne lieu à une session annuelle gérée par l'IReSP, cinq projets ont été sélectionnés en 2015 pour un montant de subvention CNSA de 481 000 €. Ce dispositif général est enrichi chaque année de deux appels à projets thématiques, également assurés par l'IReSP. Celui sur l'autisme s'inscrit dans le cadre du plan national. Lancé pour la première fois en 2015, il a permis de soutenir trois projets (pour 450 000 €). Trois projets ont été subventionnés en 2015 sur l'autre appel thématique, qui était dédié aux « personnes handicapées avançant en âge » (pour 225 000 €).

Le partenariat avec la Fondation maladies rares se poursuit et permet de cofinancer un appel à projets annuel en sciences humaines et sociales dans le champ des maladies rares. La session de 2015 a permis de soutenir sept projets pour un montant de 289 000 €.

Enfin, la CNSA soutient des projets qui sont déposés dans le cadre de l'appel à projets général de l'ANR, lorsque ceux-ci concernent le champ de mission de la Caisse, soit dans le champ des technologies pour la compensation, soit en sciences humaines et sociales (un projet en 2015 pour chacun).

Les autres actions dans le champ des études et de la recherche

La CNSA concourt au financement de grandes enquêtes publiques statistiques de référence dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. En 2015, 1,50 M€ ont été alloués pour le cofinancement de la conception et de la réalisation des

enquêtes CARE⁵⁶ (ménages et institutions) et prestation de compensation du handicap (PCH) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ainsi que pour la participation renouvelée au dispositif d'enquête européen SHARE (*Survey on Health, Aging and Retirement in Europe*).

Par ailleurs, elle cherche à développer une recherche incitative, orientée vers ses propres enjeux de connaissance pour la décision. Elle a ainsi choisi d'intégrer le GIP

IRDES⁵⁷, issu de la transformation de l'association IRDES en 2015, pour soutenir des travaux d'analyse médico-économique dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Elle finance les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) *via* les agences régionales de santé (ARS) (pour près de 800 000 €) et a une convention d'études au niveau national avec l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (ANCREAI).



FOCUS

Le soutien de la CNSA à la recherche sur l'autisme

Dans le cadre du plan Autisme, la CNSA a lancé un appel à projets annuel en partenariat avec l'IReSP sur deux thématiques :

- l'évaluation des limitations d'activités et de leurs conséquences sur la vie quotidienne des personnes avec troubles du spectre autistique (TSA) ;
- les modes d'accompagnement : méthodes et structures.

Le premier des trois projets sélectionnés traite de l'évaluation coût-efficacité de l'intervention précoce intensive avec le modèle de Denver.

Il est porté par Bernadette Rogé (psychopathologie développementale)⁵⁸.

Le deuxième projet, de Stéphanie Marignier (neuropédiatrie)⁵⁹, a pour objectif d'estimer la

proportion d'enfants dépistés âgés de 14 à 30 mois. Il entend mettre en œuvre un dépistage en trois étapes, initié par les pédiatres ambulatoires, étayé par une consultation spécifique avec l'aide d'une équipe du centre de ressources autisme Rhône-Alpes, puis confirmé rapidement par des spécialistes de l'autisme (services de pédiatrie proche du domicile pour la confirmation du diagnostic à l'âge de 3 ans).

Le troisième projet, porté par Émilie Cappe (psychologie)⁶⁰, vise à évaluer un programme psycho-éducatif pour les parents d'enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED). Le programme concerné a pour objectif d'offrir un soutien adapté aux besoins spécifiques de ces parents.

58. Octogone/CERPP (Centre d'études et de recherches en psychopathologie), université Jean-Jaurès, Toulouse.

59. Centre de ressources autisme, Le Vinatier, Bron.

60. Université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité.

56. Capacités, aides et ressources des seniors.

57. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.



La CNSA a permis l'émergence de travaux variés

Marie-Ève Joël, présidente du Conseil scientifique de la CNSA.

“ La CNSA a permis l'émergence de travaux très variés, plus ou moins théoriques, plus ou moins proches du terrain : certaines intuitions, d'où qu'elles viennent, ont pu se transformer en projets de recherche, mettant en question la relation entre chercheurs académiques et praticiens. ”



Le projet Accessimap, cofinancé par la CNSA dans le cadre de l'appel à projets TecSan 2014, a pour objectif d'améliorer l'accès aux cartographies pour les déficients visuels.

Pour en savoir plus : <https://www.irit.fr/accessimap>

La Caisse a aussi initié deux contrats de recherche, l'un avec le laboratoire LISE⁶¹ du CNAM sur les proches aidants rémunérés, l'autre avec l'Observatoire du non-recours de l'université de Grenoble, sur le non-recours à l'APA et à la PCH. Enfin, elle sollicite régulièrement l'INSERM⁶² pour la réalisation d'expertises collectives (une expertise sur les dyspraxies

61. Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique du Conservatoire national des arts et métiers.
62. Institut national de la santé et de la recherche médicale.

a été lancée en 2015), ou encore l'Institut national de la consommation (INC) sur des travaux comparatifs de produits et services.

L'ensemble de ces concours à des institutions partenaires dans le champ des statistiques et de la recherche a représenté un budget de 3,60 M€ en 2015.

À noter : la CNSA a défini en 2015 un dispositif d'appel à candidatures pour la création de chaires de recherche CNSA, avec l'appui de son Conseil scientifique. L'appel sera lancé en 2016.

Le soutien aux actions innovantes

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. Ils sont de plus en plus nombreux à saisir cette opportunité. Ces demandes sont examinées par un comité des subventions (cinq séances en 2015) après avoir fait l'objet d'une instruction interne et souvent d'expertises externes. Près de 50 % des projets déposés donnent lieu à une subvention. Les projets non retenus sont parfois inéligibles, mais ils sont le plus souvent écartés pour des raisons de qualité méthodologique.

Au total, en 2015, ce sont 35 projets qui ont été retenus pour subvention, représentant un concours total de la Caisse de 2,78 M€ (cf. graphique et encadré ci-contre).

Le soutien à des actions innovantes sur les aides techniques

Les centres d'expertises nationaux sur les aides techniques (CEN) créés par la CNSA en 2011, réunis en un consortium InterCEN (CEREMH⁶³, CEN STIMCO⁶⁴, CENTICH⁶⁵) ont proposé trois projets interdépendants sur les aides techniques. Ils ont débuté à l'automne 2015 pour une durée de deux ans et ont bénéficié d'un montant de subvention de 300 000€ euros chacun.

63. Centre de ressources & d'innovation mobilité handicap.

64. Centre d'expertise nationale en stimulation cognitive - aides techniques et compensation.

65. Centre d'expertise nationale des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie.

Ces projets sont relatifs à l'évaluation du service rendu par les aides techniques; à l'information sur la compensation par les aides techniques à destination des utilisateurs, des proches et des professionnels; et à la formation aux aides techniques en direction tant des professionnels que des utilisateurs (personnes handicapées, personnes âgées et aidants).

Ainsi associés, ces projets poursuivent le développement de services favorisant la connaissance des aides techniques par les utilisateurs finaux et les professionnels chargés de les préconiser, pour en améliorer le recours. Ils visent plus particulièrement à :

- élaborer un référentiel d'évaluation des aides techniques;
- définir une méthode d'ingénierie pour la création de contenus et de supports d'information accessibles, compréhensibles et utilisables par les personnes;
- cartographier les formations et développer de nouvelles offres de formation pour les professionnels et les utilisateurs finaux.

Nouveauté 2015 : deux appels à projets pour des actions innovantes

La CNSA a lancé le 6 juillet 2015 deux appels à projets visant à anticiper les champs ouverts par la loi ASV. Ils étaient respectivement dédiés à l'économie circulaire appliquée aux aides techniques et à l'aide aux aidants. Une enveloppe exceptionnelle de 1,60 M€ y était affectée, complétée par près de 600 000€ pour des projets dédiés aux personnes handicapées, pour un montant total de 2,14 M€.

FOCUS

Exemple de projets financés au titre des actions innovantes

Projet de recherche-action sur la parole des personnes handicapées psychiques, Advocacy

Advocacy France est une association d'usagers en santé mentale qui a sollicité la CNSA pour soutenir un projet de recherche-action sur les conditions de la prise en compte de la parole des personnes handicapées psychiques par les décideurs publics. L'innovation dans ce projet tient à sa méthode : l'enquête sera réalisée par les personnes elles-mêmes dans le cadre d'un accompagnement méthodologique organisé par des chercheurs (subvention pour la phase exploratoire de l'enquête de 80 000€).

Projet d'évaluation de la Maison de Crolles, Fondation Ove

La Maison de Crolles (Isère) a ouvert en septembre 2015 pour accueillir des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs familles. Le projet a été conçu et développé selon le modèle d'accompagnement québécois Carpe Diem. La maison est gérée par la Fondation OVE. Celle-ci a obtenu une subvention de la CNSA pour financer l'évaluation du dispositif sur cinq ans (60 250€).

Projet de « technicothèque », CENTICH

Cette plateforme départementale d'accessibilité et d'usage des aides techniques pour l'autonomie propose une mise à disposition avant acquisition et des prêts d'aides techniques pour la compensation de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne. La mise en place d'un tel dispositif a pour objectif de diminuer les délais entre la préconisation et l'accès aux aides techniques, mais également d'évaluer l'effectivité de leur usage. En complément de cet accompagnement, une aide pour l'avance des fonds et une personnalisation des modalités de remboursement sont proposées. L'évaluation du dispositif doit permettre de déterminer s'il est généralisable. Trois autres départements souhaitant s'impliquer dans le projet ont aussi reçu un financement de la CNSA.

■ Projets « actions innovantes » examinés en comité des subventions



Source : CNSA.



Cette initiative a permis d'expérimenter un nouveau mode de soutien aux actions innovantes. Jusqu'ici, les projets subventionnés par la Caisse sur la section V étaient des projets spontanément proposés par les acteurs de terrain, sans cadrage thématique précis. En définissant deux thèmes prioritaires, la Caisse a suscité un très grand nombre de propositions : ce sont 137 projets qui ont été déposés. Effet d'aubaine en partie, mais pas seulement, ces projets témoignent surtout de la grande vitalité des acteurs et de leur envie d'enrichir ou de renouveler les pratiques. L'expérience est probante, et ce sont dix-neuf projets qui ont été retenus. Une grande majorité des porteurs qui ont postulé n'avaient jamais déposé de projets en section V. Ces appels thématiques ont donc aussi contribué à augmenter la visibilité du dispositif de soutien aux actions innovantes. L'expérience sera renouvelée en 2016.

FOCUS

Le champ des deux premiers appels à projets thématiques

Les objectifs de l'**appel à projets Aide aux aidants** sont d'améliorer l'accessibilité et le recours à l'offre de services par les aidants *via* notamment l'utilisation des nouvelles technologies, ainsi que de tester la pertinence de solutions de formation à distance pour diversifier l'offre existante. Sur les neuf projets retenus, trois visent une amélioration de l'accessibilité et du recours à l'offre de services destinés aux aidants, et six développent des solutions de formation à distance.

L'objectif de l'**appel à projets Économie circulaire des aides techniques** est d'identifier, de faire émerger et de contribuer à modéliser des pratiques innovantes relevant de la logique d'économie circulaire et portant prioritairement sur les modes de distribution, de mise à disposition, de récupération et de recyclage des aides techniques. Sur les dix projets retenus, sept proposent ou étudient la mise en place de circuits de recyclage d'aides techniques, deux concernent le développement du rôle des services à domicile dans leur prescription, leur appropriation et leur circularisation et un dernier tend à améliorer l'accès aux aides techniques des personnes âgées et à repérer les possibilités de mise à disposition innovantes.

FOCUS

Le Conseil scientifique de la CNSA

Le Conseil scientifique s'est réuni en séance plénière le 26 mars et le 24 septembre 2015. Les travaux de la commission d'évaluation des besoins se sont poursuivis, de même que ceux de la commission de structuration de la recherche. Une nouvelle commission temporaire a vu le jour en 2015 avec pour mission d'élaborer le cahier des charges de futures chaires de recherche CNSA. Enfin, un groupe de travail pour la préparation des quatrième rencontres scientifiques de la CNSA qui se tiendront fin 2016 a initié ses travaux à l'automne 2015. Par ailleurs, les membres du Conseil contribuent activement aux expertises des dossiers de demande de subvention pour les actions innovantes et siègent à tour de rôle au comité des subventions.



Développer les supports de communication

L'année 2015 est marquée par un anniversaire et par l'aboutissement de deux grands projets : les 10 ans de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la mise en ligne du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr et la refonte du site institutionnel www.cnsa.fr.

Un nouveau site web institutionnel

À l'occasion des 10 ans de la CNSA, fêtés en juin 2015, le site www.cnsa.fr a fait l'objet d'une refonte ergonomique, graphique et technique complète. Désormais positionné au centre du dispositif de communication et d'information de la Caisse, le nouveau site est tourné vers les actions et le terrain pour répondre aux attentes des utilisateurs. Consulté par près de 2 000 internautes par jour, il a vocation à diffuser l'ensemble des contenus d'actualité de la CNSA. La *Lettre de la CNSA* est désormais conçue en version électronique par extractions du contenu du site.

FOCUS

Mise en ligne du portail d'information pour les personnes âgées et leurs aidants

Par anticipation de la loi ASV, le portail d'information pour les personnes âgées a été mis en ligne le 4 juin 2015. Cette première version propose une information officielle, complète et de qualité pour aider les personnes âgées et leurs proches à conduire leurs démarches dans les situations de perte d'autonomie.

En décembre 2015, sept mois après le lancement, le portail comptait déjà 560 000 visites.

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr



En parallèle, un hors-série de la *Lettre de la CNSA* a été réalisé au format tabloïd, retraçant l'histoire de la CNSA, ses missions, sa gouvernance et les enjeux de demain. Y témoignent les fondateurs, les ministres, les réseaux, les membres du Conseil, tous ceux qui font ce que la CNSA est aujourd'hui.

L'accessibilité des supports d'information

Les efforts pour la mise en accessibilité de l'information se poursuivent: accessibilité technique des sites, bien sûr – conformité au référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA) –, sous-titrage et doublage en langue des signes de ses vidéos notamment, mais aussi accessibilité des documents de la CNSA. La direction de la communication a été formée à la technique de traduction en « facile à lire et à comprendre » et se fait accompagner par un prestataire expert en la matière. Sous son impulsion, les rédacteurs de la CNSA ont aussi été sensibilisés.

Les partenariats

La CNSA a poursuivi en 2015 son partenariat avec le *Journal de l'action sociale*:

FOCUS

Le catalogue des publications de la CNSA

Les publications de la CNSA sont rassemblées au sein d'un catalogue continuellement enrichi composé de :

- dossiers techniques;
- la *Lettre de la CNSA*;
- rapports annuels;
- *Chiffres clés de l'aide à l'autonomie*;
- brochures sur les lauréats du Prix CNSA « Lieux de vie collectifs & autonomie »;
- tirés à part de *L'Autonomie en action*;
- mémos de la CNSA;
- la synthèse des rapports MDPH;
- repères statistiques.

une double page mensuelle consacrée à un thème de l'aide à l'autonomie, ainsi que quelques brèves informations liées à l'actualité. Ces articles sont l'occasion de donner la parole à nos partenaires et aux membres des réseaux auxquels la Caisse apporte son appui.

L'événement prix CNSA « Lieux de vie collectifs & autonomie »

2015 est une « année concours d'idées » pour le prix CNSA « Lieux de vie collectifs & autonomie : les étudiants en architecture inventent la maison de retraite de demain ». Pour la troisième année, le jury a délibéré sous la présidence de Thierry Van de Wyngaert.

Juliette Capdevieille, étudiante à l'École nationale supérieure d'architecture Paris-Val-de-Seine et Lise Marche, étudiante à l'École nationale supérieure d'architecture Paris-La Villette, ont été primées pour leur projet « Habiter le chemin de faire ». « L'EHPAD en réseau dans la ville », projet imaginé par Benoît Christophe et Étienne Hemery, étudiants à l'École d'architecture de la ville & des territoires de Marne-la-Vallée, et Louise Devillers, étudiante à la faculté de médecine de Lille, a obtenu la mention spéciale du jury.

FOCUS

Les 10 ans de la CNSA

Le 17 juin 2015, la CNSA a réuni les acteurs qui ont contribué à sa fondation et avec qui elle agit au quotidien (représentants associatifs et gestionnaires, ministres, administration centrale, conseils départementaux, ARS, chercheurs). Ils ont débattu de l'évolution des politiques de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées depuis dix ans et des nouveaux défis à relever. Plusieurs caps ont été fixés, parmi lesquels : la mobilisation pour une société plus inclusive, la facilitation des parcours de vie, le changement du regard de la société sur le handicap et le vieillissement.

L'ESSENTIEL

La CNSA agit pour le développement quantitatif et qualitatif des projets de recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie afin d'éclairer la décision par une meilleure connaissance des publics et de favoriser le développement et l'accompagnement de nouveaux outils et de nouvelles pratiques. Plusieurs leviers sont mobilisés.

Le soutien à la recherche se traduit par des appels à projets de recherche, des subventions

annuelles ou pluriannuelles accordées à des partenaires, des appels à projets innovants, ainsi que des appels à projets thématiques.

Les deux premiers appels à projets thématiques, qui ont été lancés en 2015, ont pour objectif de promouvoir l'innovation dans l'accompagnement des aidants et dans le recyclage et l'accès aux aides techniques.

En 2015, le site institutionnel a été refondu et un portail ouvert

pour l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs proches. La mise en ligne et l'enrichissement de www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr sont une déclinaison de la nouvelle mission d'information du grand public que le législateur a confiée à la CNSA.

Glossaire

- AAH** Allocation aux adultes handicapés
- AAP** Appel à projet
- ACOSS** Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ADF** Assemblée des départements de France
- AGEFIPH** Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- AGGIR** Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (grille d'évaluation)
- AJ** Accueil de jour
- 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 inadaptées
- ANDASS** Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé
- ANESM** Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ANR** Agence nationale de la recherche
- 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
- ASV** Loi Adaptation de la société au vieillissement
- ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CAMSP** Centre d'action médico-sociale précoce
- CASA** Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
- CASF** Code de l'action sociale et des familles
- CCAS** Centre communal d'action sociale
- CCH** Code de la construction et de l'habitation
- 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
- CEN** Centres d'expertise nationaux
- CEN-AT** Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques
- CEPS** Comité économique des produits de santé
- CIH** Comité interministériel du handicap
- CIMAP** Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique
- CLIC** Centre local d'information et de coordination gérontologique
- CMPP** Centre médico-psycho-pédagogique
- CNAF** Caisse nationale des allocations familiales
- CNAMTS** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNCPH** Conseil national consultatif des personnes handicapées
- CNFPT** Centre national de la fonction publique territoriale
- COG** Convention d'objectifs et de gestion
- CPOM** Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRA** Centre de ressources autisme
- CREAI** Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, anciennement Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
- CRPCEN** Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
- CRSA** Conférence régionale de santé et de l'autonomie
- CSA** Contribution solidarité pour l'autonomie
- CSG** Contribution sociale généralisée
- CVS** Conseil de vie sociale
- DARES** Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
- DB** Direction du budget
- DCT** Droits de consommation sur les tabacs
- DE** Diplôme d'établissement
- DGCS** Direction générale de la cohésion sociale
- 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
- ENC** Étude nationale de coûts
- ENIM** Établissement national des invalides de la marine
- EPCI** Établissements publics de coopération intercommunale
- ESA** Équipe spécialisée Alzheimer
- ESAT** Établissement et service d'aide par le travail
- ESMS** Établissements et services médico-sociaux
- ETP** Équivalent temps plein
- FEPEM** Fédération nationale des particuliers-employeurs
- FIPHFP** Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
- FIR** Fonds d'intervention régional
- GEM** Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
- GEVA** Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIP Groupement d'intérêt public (MDPH)
GIR Groupe iso-ressources
GOS Groupe opérationnel de synthèse
HCFEA Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HPST Loi Hôpital, patients, santé, territoires
HT Hébergement temporaire
IGAS Inspection générale des affaires sociales
INED Institut national des études démographiques
INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP Institut de recherche en santé publique
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
MDA Maison départementale de l'autonomie
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
NOTRe Loi portant nouvelle organisation territoriale de la République
ODAS Observatoire national de l'action sociale
OEMD Outil d'évaluation multidimensionnelle
OGD Objectif global de dépenses
ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA Organisme paritaire collecteur agréé
ORS Observatoire régional de santé
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
PFR Plateforme de répit
PLH Programme local de l'habitat
PMND Plan maladies neurodégénératives
PPC Plan personnalisé de compensation
PQE Programme qualité et efficience (LFSS)
PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS Projet régional de santé
PSGA Plan Solidarité grand âge
PTA Plateforme territoriale d'appui

RGAA Référentiel général d'accessibilité pour les administrations
SAAD Service d'accompagnement et d'aide à domicile
SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGCIH Secrétariat général du comité interministériel du handicap
SGMAP Secrétariat général de la modernisation de l'action publique
SGMAS Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SI Système d'information
SPASAD Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPE Service public de l'emploi
SRS Schéma régional de santé
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile
TSA Troubles du spectre autistique
UHR Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)
UNA Union nationale des soins et services à domicile
UNCCAS Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UNIFAF Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale
USLD Unité de soins de longue durée



Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens Cedex
Date de parution : juillet 2016
Dépôt légal : juillet 2016
ISSN : 2266-7326

Annexes

RAPPORT 2015

Caisse
nationale de
solidarité pour
l'autonomie



La CNSA est un établissement public dont les missions sont les suivantes :

- > **Financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées** : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs, des résidences autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile.
- > **Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie**, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques.
- > **Assurer une mission d'information et d'animation de réseau.**
- > **Informers les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles.**
- > **Assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie**, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2016, elle dispose pour cela d'un budget de plus de 23 milliards d'euros.



CNSA

66, avenue du Maine
75682 Paris Cedex 14
Tél. 01 53 91 28 00

www.cnsa.fr

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

SOMMAIRE

des annexes

ANNEXE 1

- Budgets
- **Page 02** Budget rectifié prévisionnel 2016
 - **Page 04** Budget exécuté 2015

ANNEXE 2

- **Page 09** Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH en 2015

ANNEXE 3

- **Page 15** Analyse de l'actualisation 2015 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

ANNEXE 4

- **Page 19** Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées – Bilan de l'exécution 2015

ANNEXE 5

- **Page 21** Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2014

ANNEXE 6

- **Page 33** Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2015 (79 394 243 €)

ANNEXE 7

- **Page 38** Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2015 - Projets d'études et de recherche et actions innovantes (9 959 544 €)

Annexe 1 – Budgets

Budget rectificatif prévisionnel 2016 n° 1 (en millions d'euros) Conseil du 12 avril 2016

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services médico-sociaux »	19 698,4	« Section I Financement des établissements ou services médico-sociaux »	19 698,4
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 728,3	« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 728,3
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 672,1	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	320,9
▪ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	30,0	▪ Contribution droits tabac (14 %)	31,6
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 310,4
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Opérations diverses	25,1	▪ Déficit	65,4
▪ Excédent	0,0		
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 970,1	« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 970,1
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 850,1	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	916,8
▪ Financement de 338 MAIA (dont 50 nouvelles en 2016)	85,1	▪ Contribution droits tabac (40 %)	90,3
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 866,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	2,0	▪ Déficit	96,9
▪ Opérations diverses	31,2		
▪ Excédent	0,0		
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	2 265,7	« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	2 265,7
▪ Concours aux départements (APA 1)	1 809,9	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,4
▪ Congé de proche aidant	0,1	▪ Contribution droits tabac (20 %)	45,2
▪ Opérations diverses	25,9	▪ Contribution sociale généralisée (95 %)	1 330,2
▪ Concours aux départements (APA 2)	306,7	▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (55,9 % CASA)	406,1
▪ Provisions (branche aide à domicile APA 2)	25,7	▪ Reprise de provisions (branche aide à domicile APA 2)	25,7
		▪ Produits financiers	0,1
« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	654,7	« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	654,7
▪ Concours aux départements (PCH)	568,1	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	595,9
▪ Concours aux départements (MDPH)	68,2	▪ Contribution droits tabac (26 %)	58,7
▪ Congé de proche aidant	0,1	▪ Produits financiers	0,1
▪ Opérations diverses	18,4		
« 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 »	145,9	« 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 »	145,9
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	81,0	▪ Prélèvement social sur les revenus du capital (5 %)	70,0
▪ Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux - loi ASV	6,0	▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0
▪ Charges provisionnées	33,0	▪ Reprise de provisions	33,0
▪ Charges provisionnées (fonds SAAD 2015-2016)	25,0	▪ Reprise de provisions (fonds SAAD 2015-2016)	25,0
▪ 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
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	559,3
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	481,4
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	8,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études projets validées mais non engagées en 2015	1,6
▪ Dépenses aides aux aidants validées mais non engagées en 2015	1,3
▪ Conférence des financeurs – forfait autonomie loi ASV (PA)	25,0
▪ Conférence des financeurs – autres actions de prévention loi ASV (PA)	102,0
▪ Charges provisionnées	1,4
▪ Charges provisionnées (fonds de soutien aux départements en difficulté)	50,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	110,6
▪ PAI logements foyers	10,0
▪ Opérations diverses	1,5
▪ Excédent	169,9
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	77,9
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	5,7
▪ Dépenses d'animation, prévention et études projets validées mais non engagées en 2015	1,7
▪ Dépenses aides aux aidants validées mais non engagées en 2016	0,3
▪ Charges provisionnées	2,0
▪ Fonds de concours autisme	0,3
▪ Dépenses prévention loi ASV (PH)	5,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	47,4
▪ Conventions emplois STAPS	1,2
▪ Concours complémentaires versés aux départements (MDPH)	10,0
▪ Opérations diverses	0,0
▪ Excédent	3,2
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	20,8
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,6
▪ Dépenses de personnel/CNSA	11,4
▪ Non-exécution 2015 (report d'investissement 2015 = 164 k€)	0,2
▪ Excédent (investissement 2016)	2,6
Section VII Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	110,0
▪ PAI	110,0
▪ Excédent	0,0
Total des charges du compte prévisionnel	23 128,0
Résultat prévisionnel (excédent)	0,0
Total équilibre du compte	23 128,0
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	20,4
Total atténuation de recettes	30,3

PRODUITS	Crédits ouverts
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	559,3
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	481,4
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie	309,3
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	110,6
▪ Reprise de provisions	1,4
▪ Reprise de provisions (fonds de soutien aux départements en difficulté)	50,0
▪ Déficit	0,0
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	77,9
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions	2,0
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	47,4
▪ Reprise de provisions « Convention emplois STAPS »	1,2
▪ Déficit	12,2
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	20,8
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	20,6
▪ Déficit	0,2
« Section VII Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	110,0
▪ Déficit	110,0
Total des produits du compte prévisionnel	23 117,5
Résultat prévisionnel (déficit)	10,5
Total équilibre du compte	23 128,0

Budget exécuté 2015 (en millions d'euros) – Conseil du 12 avril 2016

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I		
Financement des établissements ou services médico-sociaux »	19 197,6	19 227,1
« Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 512,9	9 547,9
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 457,3	9 492,2
▪ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	30,0	30,0
▪ 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	24,5	24,6
▪ Excédent	0,0	0,0
« Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 684,8	9 679,2
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 580,6	9 574,5
▪ Financement de 288 MAIA (dont 50 nouvelles en 2015)	71,1	71,1
▪ 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)	1,1	0,8
▪ Opérations diverses	30,4	31,2
▪ Excédent	0,0	0,0
« Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 790,6	1 811,1
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 767,1	1 776,5
▪ Branche aide à domicile (APA)	0,0	25,7
▪ Solde concours 2014 versés aux départements (APA)	0,0	1,6
▪ Congé de soutien familial	0,1	0,0
▪ Opérations diverses	23,4	21,7
« Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	642,0	642,6
▪ Concours versés aux départements (PCH)	555,6	554,8
▪ Solde concours 2014 versés aux départements (PCH)	0,0	0,3
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	68,2	68,2
▪ Congé de soutien familial	0,1	0,0
▪ Opérations diverses	18,2	19,2
« 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 »	150,9	118,0
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	75,5	64,8
▪ Emplois d'avenir 2015	7,4	5,4
▪ Fonds SAAD 2015-2016	25,0	25,0
▪ Solde fonds d'aide à domicile	0,2	0,2
▪ Charges provisionnées	36,8	36,8
▪ Charges provisionnées (emplois d'avenir)	5,2	1,2
▪ Opérations diverses	0,9	0,8
▪ Excédent	0,0	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I Financement des établissements ou services médico-sociaux »	19 197,6	19 227,1
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 512,9	9 547,9
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	314,3	314,1
▪ Contribution droits tabac (14 %)	31,3	31,3
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 050,4	9 050,4
▪ Reprise de provisions	0,0	0,3
▪ Déficit	116,9	151,8
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 684,8	9 679,2
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	897,9	897,5
▪ Contribution droits tabac (40 %)	89,4	89,5
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 650,8	8 650,8
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,0
▪ Reprise de provisions	0,0	0,7
▪ Déficit	46,6	40,6
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 790,6	1 811,1
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	449,0	448,8
▪ Contribution droits tabac (20 %)	44,7	44,8
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 225,1	1 217,8
▪ CASA (3,61 %)	0,0	26,0
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	71,5	71,5
▪ Produits exceptionnels	0,0	1,6
▪ Produits financiers	0,3	0,2
▪ Reprise de provisions	0,0	0,4
« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	642,0	642,6
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	583,7	583,4
▪ Contribution droits tabac (26 %)	58,1	58,2
▪ Produits financiers	0,3	0,2
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,3
▪ Reprise de provisions	0,0	0,5
« 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 »	150,9	118,0
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	64,5	64,1
▪ Reprise de provisions	36,8	13,2
▪ Reprise de provisions (emplois d'avenir)	5,2	6,9
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,8
▪ Produits exceptionnels	0,0	1,5
▪ Déficit	32,5	20,5

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	379,7	355,6
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	266,0	256,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	8,1	4,6
▪ Charges provisionnées	3,1	3,4
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007, PAI 2008-2014 »	125,0	120,8
▪ PAI 2015	70,5	70,5
▪ PAI logements foyers	2,9	2,9
▪ Aide aux aidants et préfiguration conférence des financeurs	4,0	2,4
▪ Convention DILA	0,5	0,1
▪ Fonds de soutien aux départements en difficulté	50,0	50,0
▪ Excédent (logiciel ou droit d'usage GEVA-A et logiciels encours)	1,9	1,6
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	113,7	99,7
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	6,8	5,6
▪ Charges provisionnées	4,0	3,1
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007, PAI 2008-2014 »	54,0	43,7
▪ Conventions emplois STAPS	1,2	1,2
▪ Concours complémentaires versés aux départements (MDPH)	10,0	10,0
▪ PAI 2015	29,5	29,8
▪ Fonds de compensation du handicap	5,0	5,0
▪ Excédent (logiciel ou droit d'usage GEVA-A et logiciels encours)	3,2	1,2
« Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement »	710,6	694,8
▪ Dépenses en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie (projet de loi ASV)	687,1	0,0
▪ Convention ANAH	20,0	20,0
▪ Opérations diverses	3,6	3,6
▪ Excédent	0,0	4,7
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	19,4	18,4
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,4	5,8
▪ Dépenses de personnel/CNSA	10,8	10,4
▪ Excédent investissements 2015	2,0	2,0
▪ Excédent investissements reportés en CP 2016	0,2	0,2
Total des charges	22 832,2	22 141,5
Excédent	0,0	303,4
Total équilibre du compte	22 832,2	22 444,9
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	20,0	23,5
Total atténuation de recettes	29,7	27,6

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	379,7	355,6
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	266,0	256,0
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	3,1	0,7
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	125,0	126,6
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,1
▪ Déficit	127,9	118,5
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	113,7	99,7
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	4,0	1,1
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	54,0	46,9
▪ Reprise de provisions « Conventions emplois STAPS »	1,20	0,0
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,3
▪ Déficit	44,5	41,4
« Section V bis Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement »	710,6	694,8
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (96,39 % CASA)	710,6	694,8
▪ Déficit	0,0	0,0
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	19,4	18,4
▪ Contributions des sections I à IV pour frais de caisse/CNSA	19,4	18,1
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,1
▪ Reprise de provisions RH	0,0	0,2
▪ Déficit	0,0	0,0
Total des produits	22 471,1	22 444,9
Déficit	361,1	0,0
Total équilibre du compte	22 832,2	22 444,9



Annexe 2 – Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH en 2015

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 : $Fd = [(PAAd/\sum PAAd) \times 50 \% + (Dd/\sum Dd) \times 20 \%] - (PFd/\sum PFd) \times 25 \% + (RSAd/\sum RSAd) \times 5 \%] \times 2$			
PAd	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. L. 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. L. 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	Dotation 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. L. 3334-6 CGCT)	- 20 %
			Coefficient total 100 %

Le recueil des dépenses départementales 2015 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 mai 2016). Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2015 (concours prévisionnels).

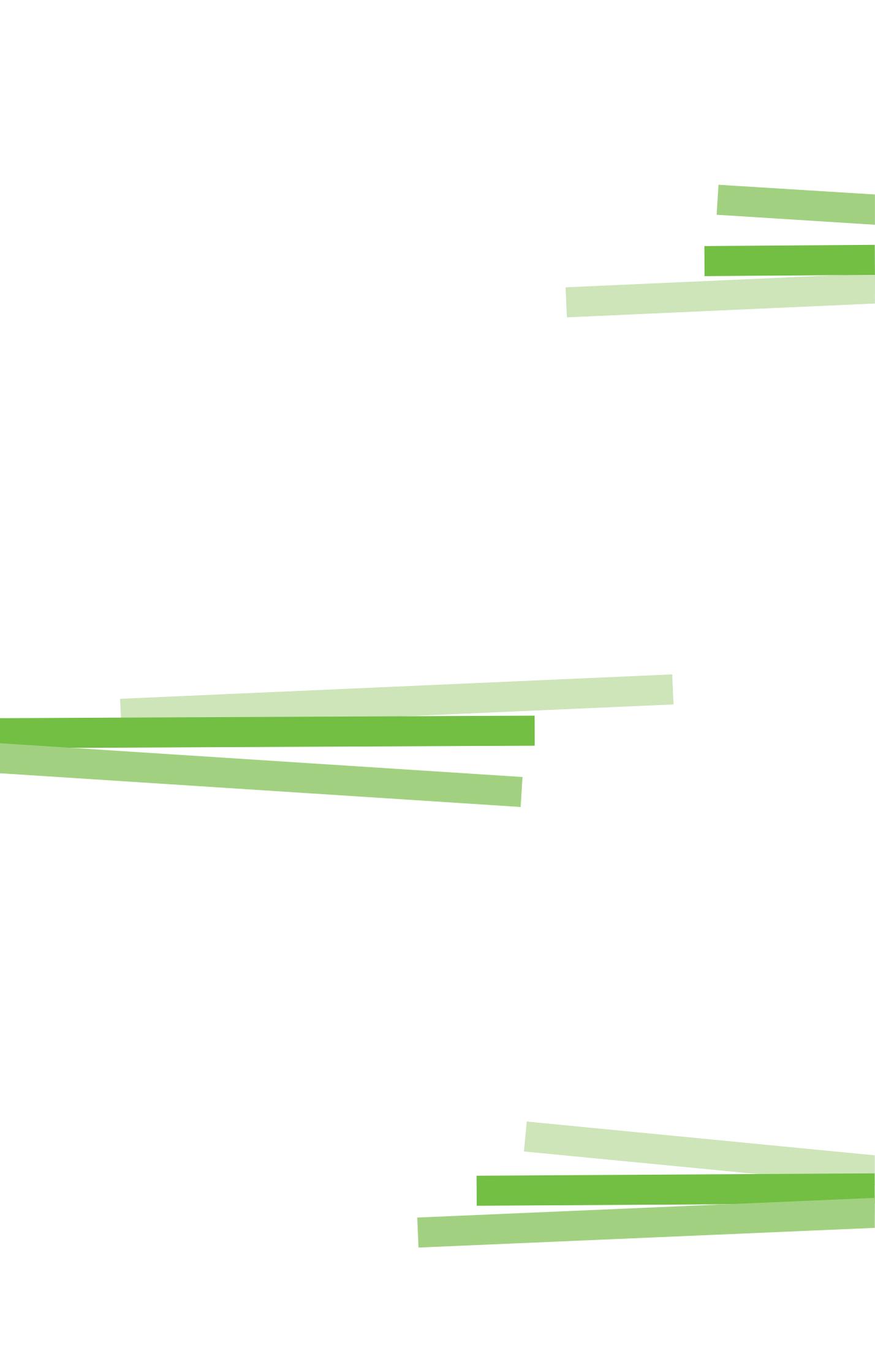
Détail de la répartition des concours aux conseils départementaux

DÉPARTEMENTS	2015			
	APA		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)
01 Ain	11 690 539	10 521 000	4 798 777	4 319 000
02 Aisne	17 663 720	15 897 000	5 407 469	4 867 000
03 Allier	16 158 103	14 542 000	3 414 333	3 073 000
04 Alpes-de-Haute-Provence	5 693 633	5 124 000	1 435 357	1 292 000
05 Hautes-Alpes	4 690 512	4 221 000	1 247 808	1 123 000
06 Alpes-Maritimes	31 752 555	28 577 000	8 371 897	7 535 000
07 Ardèche	13 004 237	11 704 000	2 997 288	2 698 000
08 Ardennes	9 646 628	8 682 000	2 700 374	2 430 000
09 Ariège	6 853 824	6 168 000	1 357 231	1 222 000
10 Aube	10 279 964	9 252 000	2 479 711	2 232 000
11 Aude	14 913 949	13 423 000	3 786 783	3 408 000
12 Aveyron	14 455 632	13 010 000	2 580 328	2 322 000
13 Bouches-du-Rhône	54 336 759	48 903 000	18 166 201	16 350 000
14 Calvados	20 728 245	18 655 000	5 668 490	5 102 000
15 Cantal	7 715 844	6 944 000	1 333 659	1 200 000
16 Charente	14 555 844	13 100 000	3 503 298	3 153 000
17 Charente-Maritime	24 556 744	22 101 000	5 444 258	4 900 000
18 Cher	12 538 672	11 285 000	3 192 150	2 873 000
19 Corrèze	11 874 394	10 687 000	2 065 827	1 859 000
20a Corse-du-Sud	5 775 063	5 198 000	1 858 693	1 673 000
20b Haute-Corse	6 788 959	6 110 000	1 899 206	1 709 000
21 Côte-d'Or	14 095 083	12 686 000	4 589 873	4 131 000
22 Côtes-d'Armor	24 611 802	22 151 000	5 489 438	4 940 000
23 Creuse	13 076 466	11 769 000	1 212 074	1 091 000
24 Dordogne	19 381 335	17 443 000	3 549 921	3 195 000
25 Doubs	14 148 153	12 733 000	4 694 767	4 225 000
26 Drôme	14 096 213	12 687 000	4 484 701	4 036 000
27 Eure	13 103 573	11 793 000	5 509 981	4 959 000
28 Eure-et-Loir	11 336 632	10 203 000	3 565 418	3 209 000
29 Finistère	31 421 674	28 280 000	8 874 413	7 987 000
30 Gard	25 198 840	22 679 000	6 153 728	5 538 000
31 Haute-Garonne	29 836 680	26 853 000	11 218 750	10 097 000
32 Gers	10 023 899	9 022 000	1 781 261	1 603 000
33 Gironde	41 437 512	37 294 000	14 252 615	12 827 000
34 Hérault	39 389 067	35 450 000	9 842 340	8 858 000
35 Ille-et-Vilaine	26 375 258	23 738 000	9 074 198	8 167 000
36 Indre	10 352 623	9 317 000	2 133 111	1 920 000
37 Indre-et-Loire	18 018 946	16 217 000	4 709 762	4 239 000
38 Isère	26 673 999	24 007 000	11 541 167	10 387 000
39 Jura	8 061 060	7 255 000	2 194 337	1 975 000
40 Landes	14 363 668	12 927 000	3 015 543	2 714 000
41 Loir-et-Cher	12 865 620	11 579 000	2 731 963	2 459 000
42 Loire	25 340 107	22 806 000	7 524 694	6 772 000
43 Haute-Loire	8 256 962	7 431 000	2 293 999	2 065 000
44 Loire-Atlantique	29 737 985	26 764 000	11 751 626	10 576 000
45 Loiret	17 767 708	15 991 000	4 931 268	4 438 000
46 Lot	9 448 889	8 504 000	1 502 667	1 352 000
47 Lot-et-Garonne	15 372 640	13 835 000	2 980 887	2 683 000
48 Lozère	3 224 708	2 902 000	957 350	862 000
49 Maine-et-Loire	22 300 747	20 071 000	7 407 783	6 667 000
50 Manche	17 832 381	16 049 000	4 604 464	4 144 000

			CUMUL SUR DIX ANS		
MDPH		TOTAL concours prévisionnels	APA	PCH	MDPH
Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)		Total 2006-2015	Total 2006-2015	Total 2006-2015
656 137	624 939	17 145 453	100 741 499	43 722 129	5 161 724
608 280	579 749	23 679 469	156 840 020	53 934 999	4 950 740
434 125	413 500	20 006 561	149 546 074	33 372 325	3 600 740
308 014	293 458	7 437 004	50 344 099	12 997 259	2 544 446
296 942	282 488	6 235 262	40 511 832	11 419 629	2 452 161
876 470	835 232	41 000 922	327 623 030	82 907 108	7 043 954
424 503	404 657	16 426 027	120 180 759	27 329 018	3 465 395
408 348	389 243	12 755 350	86 909 938	27 161 546	3 379 215
306 274	291 305	8 517 330	65 996 536	13 338 199	2 538 859
418 473	398 130	13 178 149	91 318 189	24 185 126	3 459 661
456 058	434 421	19 156 791	141 926 602	36 072 342	3 675 526
385 709	367 261	17 421 668	133 885 520	24 365 235	3 206 210
1 637 029	1 561 827	74 139 988	512 559 278	163 671 145	13 100 851
703 189	670 059	27 099 924	185 511 015	55 776 024	5 715 292
304 852	290 181	9 354 355	75 506 380	13 390 611	2 569 751
449 016	427 804	18 508 158	136 520 942	33 910 988	3 706 991
628 619	599 530	30 629 620	228 508 407	51 341 997	5 077 460
418 085	398 096	16 148 907	114 152 044	30 785 654	3 480 069
366 328	348 564	14 306 549	115 082 858	20 014 049	3 047 318
308 329	293 485	7 942 086	56 749 771	19 243 640	2 513 976
333 894	317 724	9 022 059	60 352 978	18 427 789	2 704 140
592 412	564 360	19 277 368	129 816 555	44 364 026	4 824 484
616 789	587 494	30 718 030	221 589 246	53 375 455	4 974 414
283 923	270 348	14 572 463	127 569 661	12 189 051	2 387 285
486 411	463 078	23 417 667	182 200 544	34 819 350	3 979 558
591 882	564 313	19 434 802	122 919 872	43 729 473	4 798 376
539 642	513 739	19 120 556	128 815 378	40 781 840	4 348 295
647 460	617 180	19 261 014	116 946 235	51 379 535	5 193 527
519 753	494 998	15 421 804	103 102 749	33 279 640	4 226 091
859 360	819 734	41 155 447	301 381 604	82 064 910	6 927 990
728 063	694 237	32 080 631	231 013 688	57 531 626	5 760 388
1 213 936	1 157 780	42 269 366	267 656 561	99 322 402	9 419 546
335 258	318 843	12 140 418	120 840 580	16 879 964	2 758 662
1 324 366	1 263 450	57 014 493	378 442 328	128 623 007	10 411 069
999 659	953 018	50 231 066	360 124 123	88 771 945	7 764 940
975 219	929 878	36 424 675	230 788 730	84 048 714	7 661 351
358 638	341 890	12 844 372	100 127 708	20 875 336	3 000 916
637 769	607 331	23 366 477	161 284 072	45 004 714	5 166 518
1 092 221	1 041 123	39 307 387	224 116 414	100 885 465	8 635 323
383 368	365 056	10 638 765	76 436 947	21 152 920	3 166 097
477 348	454 285	17 856 559	130 756 258	27 355 174	3 808 764
429 824	409 123	16 027 407	118 908 687	25 529 009	3 531 320
731 352	697 525	33 596 153	234 422 977	74 742 516	5 950 970
359 999	343 010	10 910 960	79 978 913	21 986 532	2 971 102
1 178 838	1 123 707	42 668 450	265 535 033	103 529 990	9 237 242
676 669	644 737	23 375 644	157 970 640	49 295 184	5 487 009
317 622	302 299	11 269 178	85 137 684	15 301 611	2 638 174
431 751	411 292	18 785 277	141 201 850	29 197 954	3 545 227
255 983	243 902	4 438 041	30 937 169	9 052 958	2 156 436
796 142	759 198	30 504 672	204 438 254	64 987 940	6 382 354
545 310	519 235	22 982 156	163 515 787	44 288 230	4 438 305

DÉPARTEMENTS	2015			
	APA		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)
51 Marne	13 308 585	11 978 000	5 111 322	4 600 000
52 Haute-Marne	6 706 908	6 036 000	1 921 642	1 729 000
53 Mayenne	10 294 521	9 265 000	2 682 309	2 414 000
54 Meurthe-et-Moselle	21 519 765	19 368 000	6 891 031	6 202 000
55 Meuse	6 474 375	5 827 000	1 741 982	1 568 000
56 Morbihan	25 719 892	23 148 000	6 305 347	5 675 000
57 Moselle	26 425 142	23 783 000	8 918 176	8 026 000
58 Nièvre	10 237 862	9 214 000	2 402 288	2 162 000
59 Nord	62 389 971	56 151 000	25 261 972	22 736 000
60 Oise	14 412 165	12 971 000	7 987 962	7 189 000
61 Orne	12 398 483	11 159 000	2 601 303	2 341 000
62 Pas-de-Calais	46 641 049	41 977 000	13 800 381	12 420 000
63 Puy-de-Dôme	20 138 149	18 124 000	5 529 500	4 977 000
64 Pyrénées-Atlantiques	22 839 524	20 556 000	5 547 376	4 993 000
65 Hautes-Pyrénées	11 368 198	10 231 000	2 173 581	1 956 000
66 Pyrénées-Orientales	19 093 894	17 185 000	4 482 319	4 034 000
67 Bas-Rhin	24 773 523	22 296 000	9 330 963	8 398 000
68 Haut-Rhin	17 214 230	15 493 000	6 331 538	5 698 000
69 Rhône	9 227 885	8 305 000	3 072 187	2 765 000
69 M Métropole de Lyon	24 708 443	22 238 000	10 745 846	9 671 000
70 Haute-Saône	7 462 490	6 716 000	1 884 070	1 696 000
71 Saône-et-Loire	22 495 085	20 246 000	5 090 336	4 581 000
72 Sarthe	18 224 104	16 402 000	4 630 335	4 167 000
73 Savoie	8 600 308	7 740 000	3 339 861	3 006 000
74 Haute-Savoie	10 550 787	9 496 000	5 735 684	5 162 000
75 Paris	9 205 689	8 285 000	13 358 082	12 022 000
76 Seine-Maritime	33 735 402	30 362 000	11 162 328	10 046 000
77 Seine-et-Marne	15 886 315	14 298 000	10 682 378	9 614 000
78 Yvelines	12 078 824	10 871 000	9 755 635	8 780 000
79 Deux-Sèvres	14 032 798	12 630 000	3 185 492	2 867 000
80 Somme	18 161 324	16 345 000	5 413 864	4 872 000
81 Tarn	17 571 791	15 815 000	3 672 210	3 305 000
82 Tarn-et-Garonne	9 695 974	8 726 000	2 606 458	2 346 000
83 Var	34 049 618	30 645 000	8 453 380	7 608 000
84 Vaucluse	15 643 087	14 079 000	4 335 988	3 902 000
85 Vendée	20 155 907	18 140 000	5 656 117	5 091 000
86 Vienne	14 170 454	12 753 000	3 480 007	3 132 000
87 Haute-Vienne	15 085 735	13 577 000	3 681 432	3 313 000
88 Vosges	12 206 638	10 986 000	3 077 466	2 770 000
89 Yonne	12 288 710	11 060 000	3 311 340	2 980 000
90 Territoire de Belfort	4 143 764	3 729 000	1 205 076	1 085 000
91 Essonne	13 712 323	12 341 000	8 932 723	8 039 000
92 Hauts-de-Seine	2 476 041	2 228 000	9 215 071	8 294 000
93 Seine-Saint-Denis	21 583 190	19 425 000	13 015 000	11 713 000
94 Val-de-Marne	19 305 240	17 375 000	10 574 772	9 517 000
95 Val-d'oise	14 647 722	13 183 000	8 692 297	7 823 000
971 Guadeloupe	14 972 063	13 475 000	4 107 700	3 697 000
972 Martinique	16 094 460	14 485 000	3 682 353	3 314 000
973 Guyane	2 598 226	2 338 000	1 572 113	1 415 000
974 Réunion	24 091 887	21 683 000	8 138 105	7 324 000
975 Saint-Pierre-et-Miquelon	160 618	145 000	61 477	55 000
976 Mayotte	1 324 965	1 192 000	204 045	752 000
977 Saint-Barthélemy	177 094	159 000	70 878	64 000
978 Saint-Martin	643 065	579 000	280 425	252 000
Total	1 745 948 311	1 571 354 000	563 386 756	507 614 000

			CUMUL SUR DIX ANS		
MDPH		TOTAL concours prévisionnels	APA	PCH	MDPH
Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)		Total 2006-2015	Total 2006-2015	Total 2006-2015
631 430	601 776	19 051 337	121 679 988	51 086 694	5 187 293
331 277	315 495	8 959 827	63 311 373	19 226 797	2 788 893
420 119	400 274	13 396 949	96 917 997	24 883 450	3 455 999
769 722	733 885	29 180 518	196 829 095	65 270 064	6 216 088
345 445	328 735	8 561 802	59 637 735	16 280 161	2 876 927
718 401	684 391	32 743 639	223 605 435	60 614 593	5 765 463
1 020 633	972 855	36 363 951	223 981 418	87 012 077	8 193 441
344 965	328 693	12 985 115	99 349 406	23 479 373	2 904 051
2 204 605	2 103 524	89 856 547	599 260 337	240 432 874	17 597 448
819 747	781 265	23 219 874	119 855 551	75 038 587	6 611 469
401 213	381 618	15 401 000	113 413 770	25 796 766	3 356 062
1 317 798	1 256 875	61 759 228	447 023 475	132 364 623	10 647 424
677 835	645 839	26 345 483	183 363 182	53 389 890	5 504 342
666 329	634 832	29 053 229	209 751 133	54 153 211	5 373 540
359 133	341 934	13 900 912	105 218 972	22 288 520	2 989 279
507 210	482 899	24 083 422	173 699 455	40 889 331	4 080 726
1 055 067	1 005 870	35 159 553	218 600 914	89 656 960	8 491 071
764 197	728 401	24 309 965	144 470 435	60 846 622	6 163 046
303 232	289 249	12 603 304	285 146 261	124 800 494	10 535 425
1 212 930	1 156 995	36 667 219	24 708 443	10 745 846	1 212 930
377 539	359 545	9 724 099	69 407 659	19 685 647	3 122 916
589 154	561 074	28 174 575	208 100 555	48 693 918	4 820 206
608 056	579 729	23 462 495	168 530 940	44 462 426	4 953 351
488 686	465 277	12 428 855	75 800 984	31 647 130	3 939 930
764 040	728 387	17 050 511	88 595 682	50 052 604	5 914 827
1 761 823	1 680 754	24 325 595	129 524 898	135 707 855	13 956 505
1 096 087	1 045 462	45 993 817	315 296 902	112 943 643	8 879 336
1 252 985	1 195 200	27 821 678	125 483 589	98 804 503	9 800 023
1 184 517	1 129 205	23 018 975	98 935 902	90 626 913	9 535 582
471 410	448 765	17 689 700	130 803 768	29 926 971	3 839 892
635 054	605 093	24 210 243	165 940 962	54 095 242	5 157 914
470 563	448 691	21 714 564	164 409 823	34 675 052	3 830 041
381 701	363 910	12 684 133	91 593 939	23 446 972	3 071 938
853 620	814 231	43 356 618	312 362 711	77 528 602	6 843 433
586 178	558 814	20 565 253	144 455 371	41 383 670	4 747 625
653 021	622 667	26 465 046	176 699 658	50 447 704	5 194 918
521 071	496 113	18 171 532	130 984 375	34 332 137	4 269 710
472 852	450 891	19 240 019	146 510 370	35 452 686	3 893 382
470 239	447 662	15 754 343	111 162 642	31 063 827	3 904 059
440 447	419 054	16 040 497	114 641 786	34 271 295	3 649 668
310 613	295 685	5 659 453	36 457 913	11 521 987	2 566 632
1 111 887	1 059 845	23 756 933	108 151 300	84 237 579	8 828 393
1 237 834	1 180 873	12 928 945	35 770 793	88 365 464	9 673 963
1 403 312	1 338 362	36 001 502	205 241 708	122 011 454	10 992 200
1 232 915	1 175 442	31 112 926	179 520 096	102 588 673	9 677 186
1 123 270	1 070 842	24 463 288	126 952 265	88 294 297	8 920 789
515 837	491 655	19 595 600	180 568 361	40 422 236	4 273 482
505 810	481 777	20 282 623	141 360 837	37 891 131	4 182 676
395 658	377 132	4 565 997	21 529 055	13 786 129	3 069 805
908 696	866 054	33 138 688	266 166 324	77 047 231	7 025 236
38 795	36 507	260 890	1 048 653	191 402	152 771
349 398	333 081	1 878 408	1 324 965	204 045	1 614 483
-	-	247 972	993 975	338 309	0
-	-	923 490	3 606 931	1 581 860	0
68 200 000	65 001 000	2 377 535 067	16 136 504 089	5 347 700 809	547 200 000



► Annexe 3 – Analyse de l’actualisation 2015 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 pour objectif initial de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services tarifés par l’ARS dans la région et accompagnant les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap.

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. **Désormais, le PRIAC correspond au cadrage financier des enveloppes réservées au développement de l’offre médico-sociale**, l’évaluation des besoins régionaux figurant dans le SROMS (schéma régional d’organisation médico-sociale) et à l’avenir dans le schéma régional de santé.

L’objectif de l’actualisation annuelle des PRIAC par les ARS est d’apporter une lisibilité à la mise en œuvre du solde des plans de créations de places pluriannuels et sectoriels, 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 donne les tendances suivantes (selon le bilan au 31 décembre 2014 présenté au Conseil de la CNSA de juillet 2015 et à la commission des établissements et services du Conseil d’octobre 2015).

1. Secteur « personnes âgées »

11 458 places ont été installées en 2014, dont 6 289 places d’EHPAD. 25 496 devraient être installées sur la période 2015-2019.

■ Répartition des places programmées dans le secteur des personnes âgées entre 2015-2019

	Prévision d’installation entre 2015 et 2019	
	tous crédits confondus	sur crédits PSGA
AJ	3 469	2 563
EHPAD	18 650	11 775
HT	1 756	1 408
SSIAD	1 621	1 173
Total	25 496	16 919

PSGA : plan de Solidarité grand âge

Source : CNSA (SEPPA).

Comme l’an passé, la part des EHPAD dans la programmation globale est la plus importante (73 %, soit 18 650 places). Les places permettant le maintien au domicile (SSIAD, ESA, AJ et HT) représentent 27 % de l’ensemble de la programmation.

► Offre spécifique Alzheimer

Les deux tiers de la programmation concernent l'installation des PASA (35,3 M€ programmés sur 53,5 M€ au global). Fin 2014 :

- 1 250 places d'UHR étaient installées, soit 75,3 % de la cible initiale (1 600 places) ;
- 4 304 places d'ESA, soit 86,3 % de la cible initiale (5 000 places) ;
- L'équivalent de 16 112 places de PASA, soit 64 % de la cible initiale (25 000 places) ;
- 115 plateformes d'accompagnement et de répit installées à fin 2014 sur les 150 prévues.

2. Secteur « personnes handicapées »

En 2014, 4 780 places ont été installées : 2 455 places dans le secteur « adulte » et 2 325 places dans le secteur « enfant ».

14 253 places sont programmées dans le champ du handicap pour la période 2015-2019. Les installations destinées aux adultes sont majoritaires et les places en établissement restent les plus nombreuses, bien que sur l'enfance les SESSAD soient majoritaires.

► Le développement de l'offre par type de structure

► Secteur « enfants »

Dans le secteur de l'enfance, plus de la moitié des places programmées sont des SESSAD et plus d'un quart des IME. Les ITEP et les structures expérimentales (établissements et services) représentent près de 7 % de la programmation.

■ Répartition des places programmées dans le secteur de l'enfance entre 2015-2019

Catégorie d'ESMS	Nombre de places	Part de chaque catégorie
SESSAD	2 748	53,0 %
IME	1 451	28,1 %
ITEP	360	6,9 %
Établissement expérimental	303	5,8 %
Établissement accueil temporaire	71	1,4 %
Établissement pour polyhandicapés	63	1,2 %
Institut d'éducation sensorielle	56	1,1 %
Service expérimental	36	0,7 %
IEM	33	0,6 %
Institut pour déficients visuels	32	0,6 %
Équipe mobile	21	0,4 %
Institut pour déficients auditifs	9	0,2 %
Total enfants	5 189	100 %

Source : CNSA (SEPIIA).

► Secteur « adultes »

Dans le secteur des adultes, la programmation est **majoritairement orientée vers des places de FAM et MAS.** On note également que **les structures autorisées conjointement avec les conseils départementaux (FAM et SAMSAH) sont importantes dans la programmation globale (60,7 % des places programmées).**

Répartition des places programmées dans le secteur des adultes entre 2015-2019

Catégorie d'ESMS	Nombre de places	Part de chaque catégorie
FAM	3 320	36,6 %
MAS	2 259	24,9 %
SAMSAH	2 182	24,1 %
SSIAD-SPASSAD	549	6,1 %
Établissement expérimental	200	2,2 %
Équipe mobile	175	1,9 %
Service expérimental	157	1,7 %
Établissement accueil temporaire	90	1,0 %
CRP	80	0,9 %
EHPAD (PHV)	34	0,4 %
CPO	13	0,1 %
UEROS	5	0,1 %
Total adultes	9 064	100 %

Source : CNSA (SEPIIA).

La programmation par type de déficience

L'autisme est la priorité de la programmation 2015-2018 : plus d'un tiers de la programmation est destinée à l'accompagnement des personnes atteintes d'un trouble envahissant du développement.

Dans le secteur des adultes, on note une programmation dynamique sur les places dédiées au **handicap psychique** (22 % de la programmation adultes) et sur les structures destinées à l'accompagnement de tous types de déficiences.

L'accompagnement des **personnes handicapées vieillissantes** fait l'objet d'un effort particulier (1 051 places programmées, soit 12 % de la programmation adulte).

Répartition des places programmées par type de déficience entre 2015-2019

Catégorie de public/déficience	Adultes	Enfants	Total PH	Part de chaque catégorie
Autisme - TED	2 224	2685	4 909	34,4 %
Toutes déficiences	1580	444	2 024	14,2 %
Déficience psychique	1969	28	1 997	14,0 %
Déficience intellectuelle	249	847	1 096	7,7 %
Personnes handicapées vieillissantes (PHV)	1051	0	1 051	7,4 %
Polyhandicap	622	123	745	5,2 %
Trouble du comportement	0	639	639	4,5 %
Autres handicaps rares	344	144	488	3,4 %
Cérébro-lésés	456	0	456	3,2 %
Déficience motrice	308	50	358	2,5 %
Troubles du langage	0	133	133	0,9 %
Déficience non précisée	99	10	109	0,8 %
Alzheimer	75	0	75	0,5 %
Épileptie	60	5	65	0,5 %
Déficiences visuelles	0	38	38	0,3 %
Déficiences auditives	26	6	32	0,2 %
Déficiences sensorielles	0	27	27	0,2 %
Surdi-cécité	0	9	9	0,1 %
Total	9 064	5 189	14 253	100 %

Source : CNSA (SEPIIA).



Annexe 4 – Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Bilan de l'exécution 2015

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social, au travers du PAI, 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 de respect 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 PAI (près de 2,1 milliards d'euros notifiés entre 2006 et 2015), 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'usager (secteur « personnes âgées »). En plus de se substituer en partie à l'emprunt, diminuant ainsi l'impact des frais financiers sur les tarifs, les subventions accordées réduisent 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 2008¹. En 2015, le PAI a été financé sur les réserves de la CNSA.

1. Bilan du PAI 2015

Les critères d'éligibilité des établissements et services médico-sociaux (ESMS) au PAI sont posés par la loi ; ils sont demeurés inchangés en 2015 :

- **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 10 juin 2015.

Le PAI 2015, d'un volume de 100 M€, a été entièrement délégué aux ARS. La répartition entre secteurs s'est traduite de la façon suivante :

- 63 M€ dans le secteur « personnes âgées » ;
- 27 M€ dans le secteur « personnes handicapées ».

À ces 90 M€ déconcentrés aux ARS s'ajoutent :

- 10 M€ réservés au niveau national pour financer des projets sur décision ministérielle.

Les axes de mise en œuvre ont été précisés aux ARS au travers de l'instruction technique du 12 juin 2015. Cette dernière a orienté l'emploi des crédits vers le financement d'opérations portant sur la restructuration, l'extension et la création de places.

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 atteintes d'un trouble du spectre autistique.

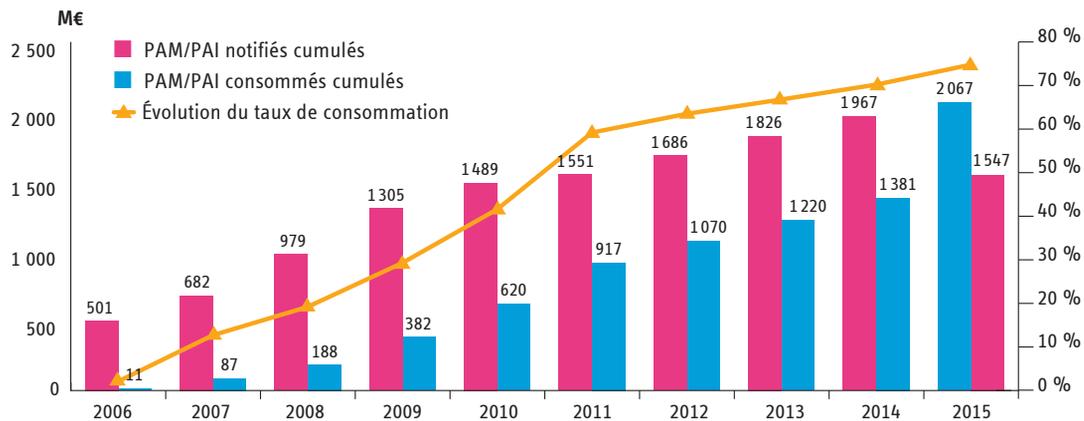
1. Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10° de l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Le PAI a été engagé à hauteur de 100 M€, qui ont été notifiés par les ARS comme suit pour 151 opérations :

- 70 M€ pour 96 opérations sur le secteur PA ;
- 30 M€ pour 55 opérations sur le secteur PH.

2. Consommation des PAM/PAI depuis 2006

■ Évolution de la consommation des plans d'investissement entre 2006 et 2015



Source : CNSA.



Annexe 5 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2014

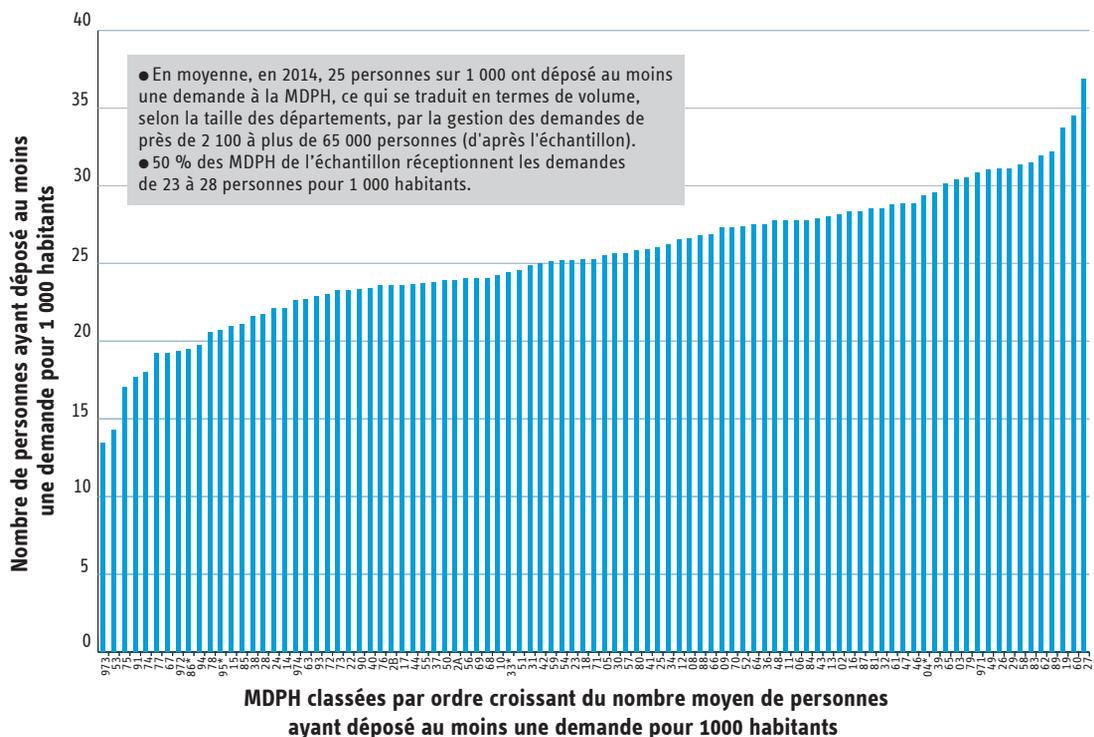
Pour la neuvième année consécutive, la synthèse des rapports d'activité des MDPH permet de prendre la mesure du chemin parcouru depuis leur création et de leur rôle central dans l'accès aux droits des personnes handicapées. Cette synthèse des données 2014 est complétée par l'exploitation des maquettes financières et d'effectifs des MDPH, ainsi que par les résultats des différentes enquêtes statistiques conduites par la CNSA (échanges annuels relatifs à l'activité et au fonctionnement des MDPH, suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap – PCH – et de l'allocation aux adultes handicapés – AAH).

POUR LA 9^e ANNÉE CONSÉCUTIVE, LES MDPH FONT FACE A UNE ACTIVITÉ TOUJOURS CROISSANTE

En 2014, 1,6 million de personnes ont déposé au moins une demande, ce qui correspond à une hausse annuelle de 6,8 %. L'augmentation était plus forte en 2013 : + 7,3 %.

Près de 4 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, ce qui représente une augmentation de 7,0 % entre 2013 et 2014 (+ 8,3 % entre 2012 et 2013 et + 6 % entre 2011 et 2012). La pression de la demande exprimée par le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 37 à 88 pour 1 000 habitants selon les MDPH. Un peu moins d'une demande déposée sur cinq (19 %) relève des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants. 14 % des demandes déposées concernent un public âgé de 60 ans et plus.

■ Entre 13 et 37 personnes pour 1 000 habitants ont déposé au moins une demande à la MDPH en 2014 (échantillon : 93 MDPH)



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

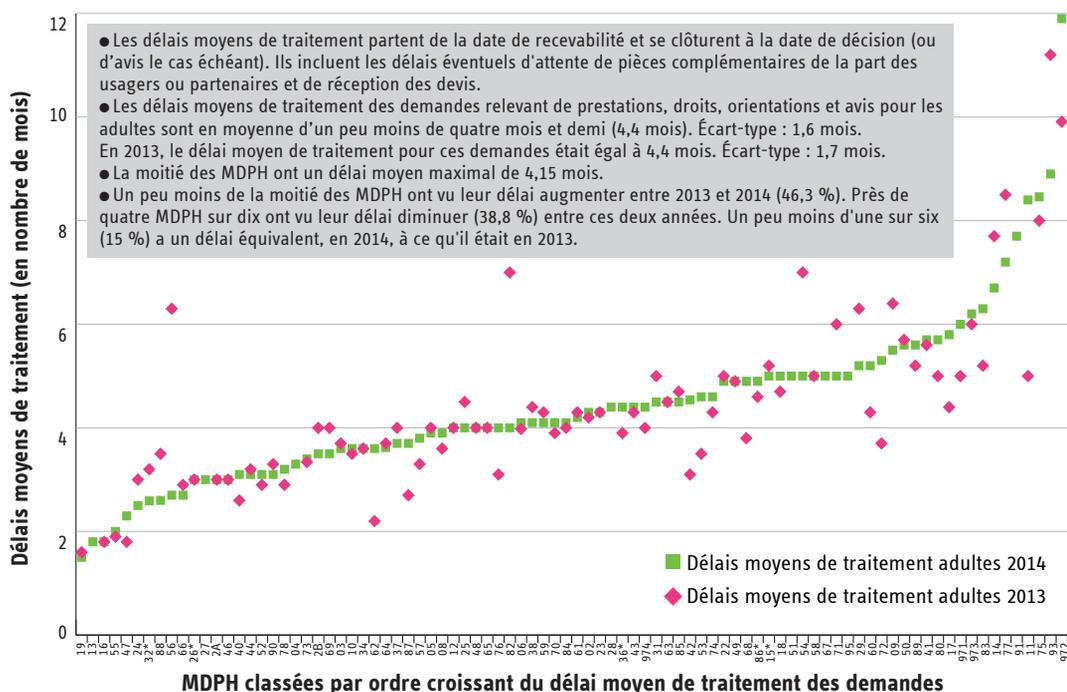
Source : CNSA, échanges annuels 2015.

La hausse du nombre de décisions (4 millions de décisions et avis) prises par les MDPH entre 2013 et 2014 (+ 9,3 %) témoigne de la mobilisation des MDPH pour faire face à la croissance des demandes.

Les taux d'accord sont très variables selon les types de demandes : s'ils restent stables pour l'AAH (71 % en 2013 puis 72 % en 2014), ils tendent à la baisse pour les cartes de priorité ou d'invalidité des dossiers adultes (67,5 % en 2013 contre 66,4 % en 2014) ainsi que pour la PCH adulte (49,2 % en 2013 contre 47 % en 2014). Les taux d'accord diminuent pour toutes les demandes de prestations et droits concernant des enfants, notamment la PCH, qui enregistre une baisse d'un peu plus de 4 points : 49,9 % en 2013 contre 45,4 % en 2014, à l'exception des avis de transport scolaire, qui enregistrent une hausse de 4,2 points, et du maintien au titre de l'amendement Creton (+ 2 points).

Les délais moyens de traitement restent contenus malgré la hausse de l'activité. Pour les adultes, il est de quatre mois et demi (stabilité depuis 2012), mais recouvre des réalités très différentes d'un territoire à l'autre, le délai moyen de traitement des dossiers adultes ayant augmenté dans 46 % des MDPH entre 2013 et 2014. Le délai moyen de traitement des demandes concernant des enfants, de trois mois et une semaine, est stable par rapport à 2013.

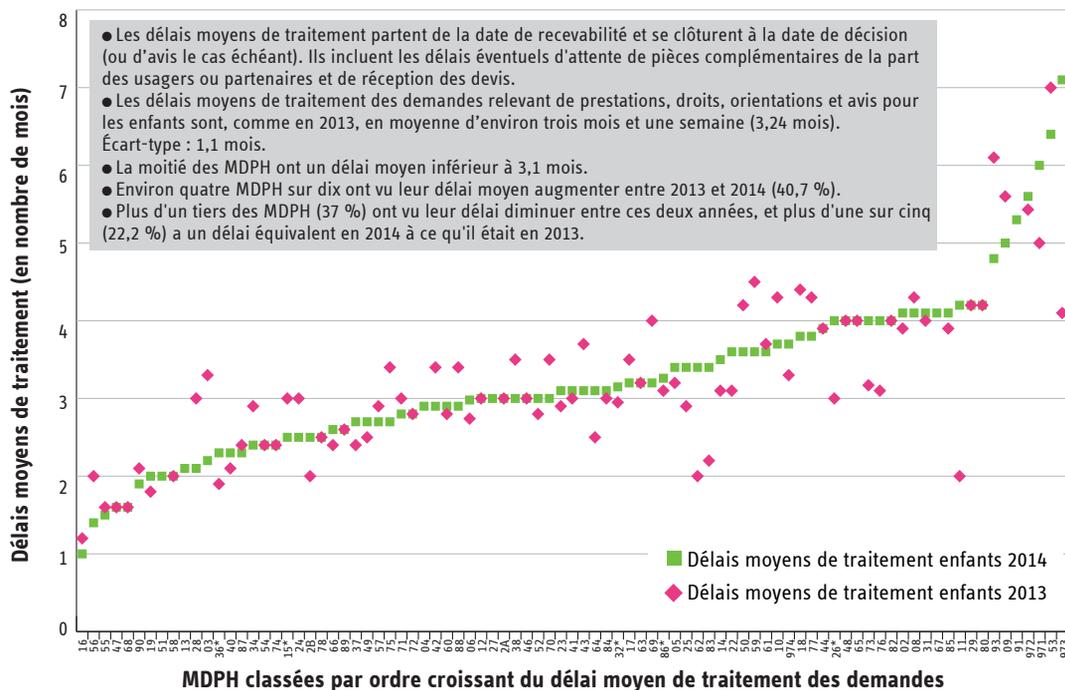
■ Délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2014 (échantillon : 88 MDPH)



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

■ Délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2014 (échantillon : 87 MDPH)



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Ces délais varient selon les prestations, proches du délai réglementaire pour les cartes européennes de stationnement (AEEH), les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que l'AAH (entre 3,4 mois et 4,6 mois), plus longs pour l'ensemble des volets de la PCH (5,7 mois), même si l'attribution du volet « aide humaine » est un peu en deçà (5,4 mois).

LES MDPH ADAPTENT LEURS PROCESSUS ET CHERCHENT DES MARGES DE MANŒUVRE

► L'accueil

Dans ce contexte d'activité croissante, la qualité et l'efficacité de l'accueil sont essentielles pour accompagner les demandes des usagers et ainsi réguler les flux, tout en améliorant le remplissage des dossiers et la collecte des informations utiles et nécessaires à un traitement rapide.

Il s'agit également du premier contact entre les personnes et la MDPH. Bon nombre de MDPH ont engagé des démarches pour améliorer l'organisation de l'accueil, renforcer la formation des agents, aménager des espaces dédiés à l'accueil spécialisé et approfondi des personnes, tout en développant l'accessibilité des différents locaux.

Le développement de l'accueil électronique sous la forme de « boîtes mail contact » et, pour certaines d'entre elles, l'ouverture de « portail usager et/ou professionnel » constituent des pistes réelles de réduction de la pression de l'accueil téléphonique et de l'amélioration des conditions d'accueil.

La formation des agents est également largement investie par les MDPH : formations génériques pour une approche polyvalente de l'accueil, la prise en charge des appels, la connaissance du handicap et la gestion des conflits ; formations plus spécifiques permettant aux agents d'accueil de mieux maîtriser la complexité des droits et prestations mobilisables.

La territorialisation de l'accueil se poursuit dans une logique de rapprochement entre la MDPH et l'usager. Des actions d'information et de formation sont organisées entre les équipes de la MDPH et les acteurs de proximité.

► L'évaluation

Le processus d'évaluation, cœur de métier des MDPH, se structure afin de concilier efficacité et qualité de service : recherche d'une optimisation des organisations en matière d'évaluation pour la juste mobilisation des expertises internes et externes et l'approfondissement des évaluations en tant que de besoin.

Les évaluations sur dossier concernent, en 2014, 83 % des dossiers, contre 81 % en 2013. Cette augmentation peut être en partie l'expression de la charge de travail croissante mais également le résultat d'une mobilisation du partenariat et d'un accueil renforcé permettant le dépôt de dossiers complets et largement documentés.

Les évaluations réalisées avec au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 4 % des évaluations réalisées par les MDPH (5 % en 2013).

Les rapports témoignent d'une utilisation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) large mais partielle et plus généralement des différents outils proposés par la CNSA.

L'informatisation du processus d'évaluation et le codage des déficiences constituent des enjeux majeurs pour une meilleure connaissance des publics accueillis au sein des MDPH et attributaires de prestations et dispositifs. 33 % des MDPH assurent aujourd'hui le codage des déficiences. Il peut s'agir alors d'un codage partiel en choisissant de cibler certains publics (orientation en établissements et services médico-sociaux - ESMS -, enfants, 16-25 ans, etc.) ou systématique en l'intégrant au flux de traitement.

La formation des évaluateurs est un enjeu stratégique pour garantir l'application de la réglementation et l'équité de traitement. Afin de soutenir cet effort de formation, la CNSA et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ont conclu une convention pour proposer des modules de formation aux professionnels des MDPH.

► La décision et les recours

Les membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se réunissent plusieurs fois par mois en séance plénière, simplifiée, locale (restreinte) ou spécialisée. 71 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH plénière que dans les autres formes de CDAPH. 44 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

Plusieurs rapports mentionnent le renouvellement de la CDAPH, avec l'élection de nouveaux présidents et vice-présidents parmi les représentants des associations, les élus du conseil départemental, les représentants de l'État et de l'agence régionale de santé (ARS).

Les efforts de formation des membres de la CDAPH, notamment pour les nouveaux membres, mais également de formations conjointes CDAPH et membres de l'équipe pluridisciplinaire se poursuivent.

En moyenne, en 2014, 2,4 % des décisions font l'objet d'un recours (2,6 % en 2013). Près d'un recours déposé sur cinq est un recours contentieux. Dans 88 % des MDPH, le taux de confirmation des recours contentieux est supérieur à 50 %, et il est supérieur à 80 % dans 26 % des MDPH.

En 2014, 85 % des MDPH (échantillon de 82 MDPH) ont désigné une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou dans certains cas se cumulant au dépôt d'un recours. Néanmoins, dans certaines MDPH, le recours au conciliateur reste très marginal, voire absent.

► Des projets au service de l'efficience

Dans ce contexte d'activité toujours croissante, les rapports continuent de faire état de projets de services et de réorganisation visant à trouver des marges d'efficience, comme dans les départements de Paris, de la Charente-Maritime, de la Seine-Maritime, de l'Hérault, de l'Aisne et du Var.

Les MDPH doivent pouvoir compter sur leurs systèmes d'information, qu'elles décrivent comme largement perfectibles, pour gagner en efficience et en efficacité. La dématérialisation des dossiers et la gestion électronique des documents constituent les chantiers phares en matière de systèmes d'information (SI) avec un investissement important des MDPH et de leurs équipes. Néanmoins, ces chantiers impliquent le plus souvent une réorganisation du travail et tendent à ralentir la production des équipes, au moins en phase de transition.

Deux chantiers nationaux structurants, susceptibles de soutenir la qualité et l'efficience dans les MDPH, ont marqué l'année 2015.

Le projet IMPACT – Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires

Porté par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), ce projet fait suite aux travaux de diagnostic du SGMAP, au sein de 4 MDPH en 2013, pour mieux appréhender les circuits et processus de traitement d'un dossier et ainsi identifier les points de blocage et les leviers de simplification, de modernisation et d'amélioration pour l'utilisateur et les équipes des MDPH.

Une équipe projet nationale – SGMAP/DGCS/CNSA – accompagne l'expérimentation au sein de la MDPH du Calvados (37 000 demandes en 2014) et la MDPH du Nord (170 800 demandes) de modalités optimisées de traitement des dossiers, lesquelles ont été travaillées avec les équipes et concertées avec les associations représentatives des personnes en situation de handicap dans le cadre d'un groupe de travail dédié. Il s'agit de répondre aux difficultés identifiées pour les usagers et pour les équipes des MDPH par des solutions pragmatiques, conçues, prototypées et testées dans une logique d'amélioration continue: refonte du formulaire et du certificat médical, dématérialisation du certificat médical et développement d'un outil de dématérialisation de la demande avec aides en ligne interactives.

L'élaboration d'un référentiel de missions et de qualité de service

Travaillé avec des MDPH volontaires et les associations représentatives des personnes en situation de handicap, ce référentiel s'appuie sur le périmètre de missions et des attentes qualitatives défini au moment de la préfiguration des MDPH, en tant que projection sur un dispositif à créer. Tenant compte des ambitions de la loi du 11 février 2005, il répond à la nécessité de mettre à jour ce socle commun garant de l'équité de traitement, après dix ans de fonctionnement, dans un contexte de progression du volume d'activité et de nouvelles missions alors que les moyens se stabilisent.

Validé par le Conseil de la CNSA en 2015, ce référentiel sera annexé aux conventions pluriannuelles entre la CNSA et les départements qui seront conclues d'ici à la fin 2016.

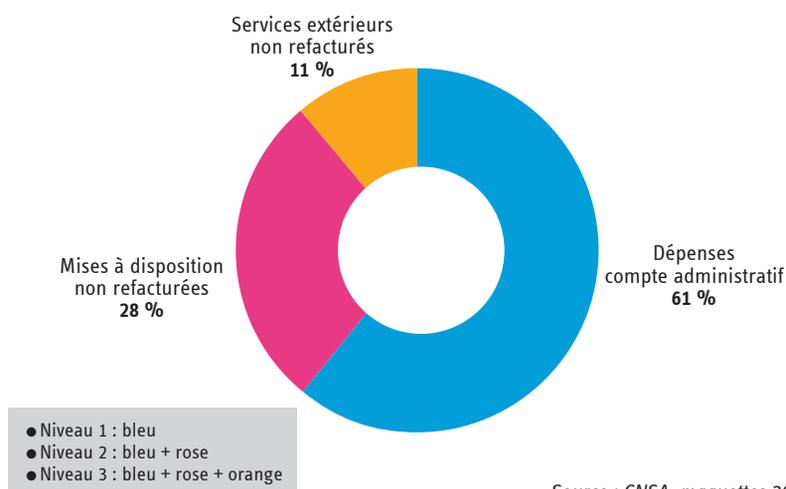
L'ANALYSE DES MAQUETTES FINANCIÈRES ET D'EFFECTIFS PERMET D'APPRÉCIER LES MOYENS MIS À DISPOSITION DES MDPH

Cette analyse porte sur trois niveaux d'appréciation des dépenses de la MDPH, qui correspondent chacun à un périmètre différent de données prises en compte :

- Niveau 1 : les seules dépenses inscrites au compte administratif (flux financiers correspondant aux dépenses effectuées sur le seul budget de la MDPH, etc.) ;
- Niveau 2 : les dépenses inscrites au compte administratif et les mises à disposition de personnel non refacturées par les partenaires ;
- Niveau 3 : les dépenses inscrites au compte administratif et les mises à disposition de personnel non refacturées par les partenaires + la valorisation financière des services externalisés gratuits.

102 MDPH	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Dépenses de fonctionnement 2014	208,2 M€	302,9 M€	342,4 M€

■ Décomposition du coût de fonctionnement des 102 MDPH en 2014



Source : CNSA, maquettes 2014.

Les recettes (y compris les apports en nature) avoisinent 320,50 M€, réparties entre trois principaux financeurs : les départements pour 43 %, l'État¹ pour 34 % et la CNSA pour 20 %.

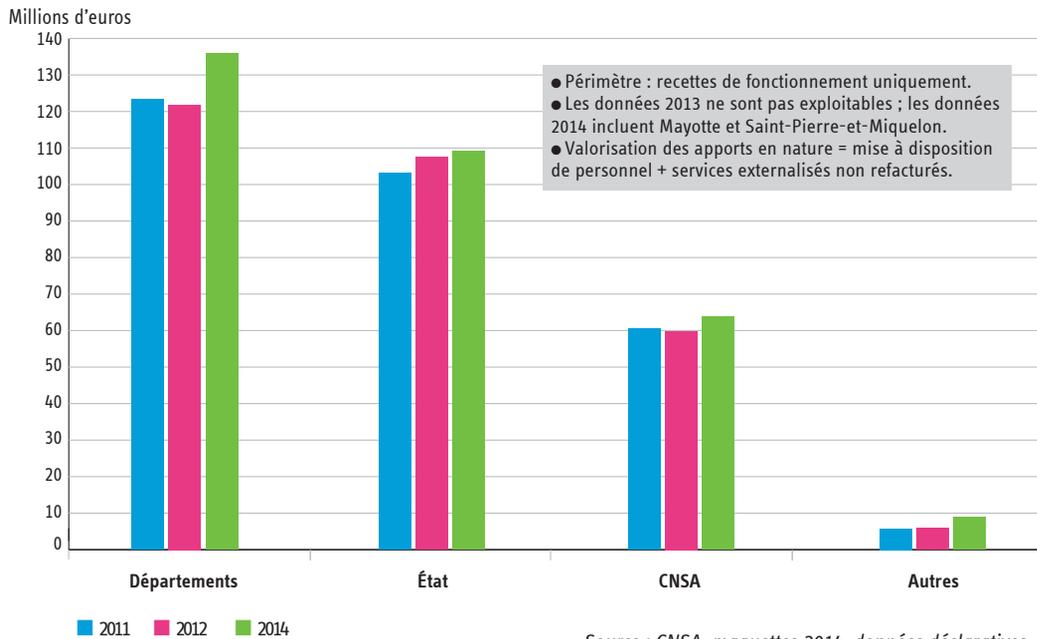
Les apports des partenaires comprennent :

- les dotations financières qu'ils versent (en recette pour la MDPH) ;
- les dépenses qu'ils effectuent sans refacturation pour la MDPH, en fonctionnement et en investissement (dépenses de téléphone, d'entretien, de mise à disposition de personnels, etc., valorisées dans la maquette). Ces dépenses sont ainsi les apports en nature à titre « gratuit » que les MDPH tentent chaque année de valoriser au plus près de la réalité.

Si l'on observe l'évolution dans le temps de ces apports, on peut constater que les apports des partenaires du groupement d'intérêt public (GIP) sont croissants en 2014, en particulier ceux des conseils départementaux, mais également ceux de l'État, malgré un contexte économique pourtant très contraint.

1. L'État regroupe dans cette étude la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et l'Éducation nationale.

Évolution des apports aux MDPH (monétaires + en nature = niveau 3) par contributeur entre 2011 et 2014 (hors investissement/hors fonds départemental de compensation) – échantillon : 102 MDPH

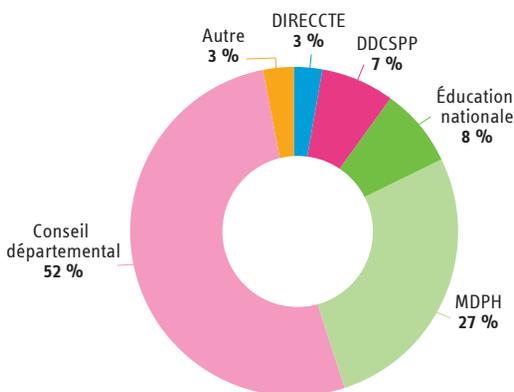


Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

La répartition des postes par employeur, de même que le coût revenant aux membres du GIP, est relativement stable dans le temps. Seul le coût pour les conseils départementaux tend à augmenter (21 % en 2014 contre 18 % en 2012).

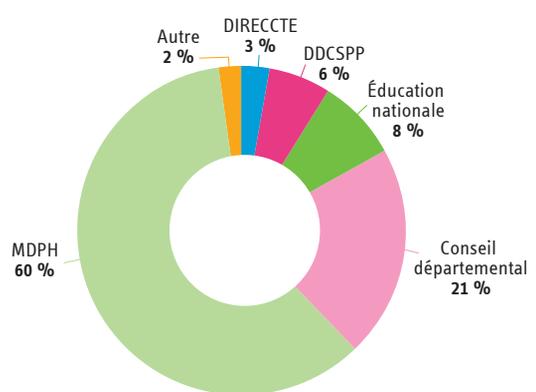
Valorisation des charges de personnel avant refacturation en 2014 (niveau 2) (échantillon : 102 MDPH)

Répartition des postes par employeur (en % du coût) : qui est l'employeur ?



Valorisation des charges de personnel après refacturation en 2014 (niveau 2) (échantillon : 102 MDPH)

Qui assure la charge financière ?



Source: CNSA, maquettes 2014.

En 2014, on comptait 5 084 ETP (équivalents temps plein) au sein des 101 MDPH.

La taille des MDPH en termes d'effectifs est variable : 25 % des MDPH ont moins de 30 ETP, 25 % des MDPH ont plus de 60 ETP, 11 MDPH ont plus de 100 ETP (maximum 190 : MDPH du 59), 17 MDPH ont moins de 25 ETP (minimum 4 ETP : MDPH du 975). La médiane est de 40,4 ETP.

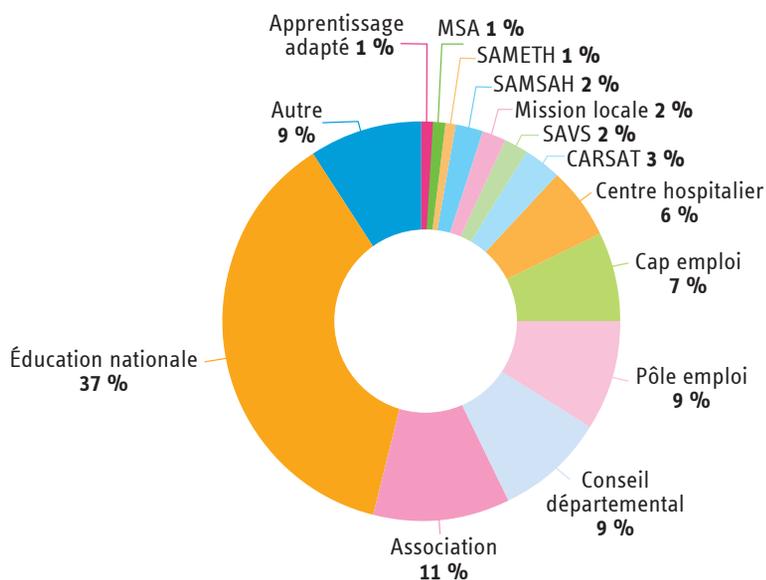
L'année 2014 a permis de mettre en évidence le poids significatif des absences par la différence entre les « effectifs théoriques » (5 374 ETP) et les « effectifs réellement travaillés » (5 084 ETP) : 290 ETP, soit 5,7 % du total des effectifs des MDPH, du fait d'absences liées aux situations de départs en retraite, de longues maladies, de maternités, de retards de recrutement dans l'année considérée, d'absences non remplacées.

La nature des prestations externalisées est très variée mais concerne principalement les fonctions support (60 % des montants) et l'évaluation (31 %). Plus de 69 % des externalisations le sont à titre gratuit (chiffre vraisemblablement sous-estimé du fait de valorisations parfois impossibles). Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de 40 millions d'euros environ.

Le recueil 2014 a permis d'approcher la participation des partenaires externes aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation tenues par les MDPH. Cette participation des partenaires est en effet fondamentale pour assurer la qualité des évaluations et représente un nombre important de demi-journées : 52 500 demi-journées à partir des données déclaratives de 96 MDPH.

Le nombre d'enseignants référents en lien avec la MDPH atteint, pour 99 MDPH, 1 600. La très grande majorité des MDPH sont en lien avec moins de 20 enseignants référents.

■ Participation des partenaires aux réunions des EPE en 2014 – échantillon : 96 MDPH
(en % du total des demi-journées annuelles)



Source : CNSA, maquettes 2014.

LES GRANDES THÉMATIQUES DES MDPH

► La scolarisation des enfants handicapés

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés a augmenté de 8,7 % par rapport à 2013 : 260 000 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2014.

Si l'arrêté du 6 février 2015 a entériné l'ultime version du GEVA-Sco, outil de recueil des informations dans le champ de la scolarisation, les MDPH ont pu utiliser dès mars 2014 une version améliorée à l'issue de l'étude de reproductibilité. L'année 2014 a permis de tirer les enseignements de ces expériences pour apporter au GEVA-Sco les améliorations nécessaires. Outre les travaux menés lors des journées des correspondants scolarisation, treize MDPH ont par ailleurs contribué en 2014 à l'élaboration de la version définitive de l'outil : Hautes-Alpes, Cantal, Corrèze, Haute-Corse, Hérault, Loire, Manche, Mayenne, Rhône, Seine-Maritime, Somme, Var, Val-de-Marne.

Dans la majorité des MDPH, la rédaction et l'envoi du projet personnalisé de scolarisation (PPS) se généralisent. Mais plusieurs MDPH soulignent les contraintes de temps et de moyens qui compliquent le déploiement de celui-ci. Document de référence du parcours de l'enfant handicapé, le PPS définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. La forme, le contenu et les modalités de conception du PPS n'étaient pas définis jusqu'alors au niveau national. Ces documents différaient d'une MDPH à l'autre.

Les MDPH des Hautes-Alpes, du Calvados, de la Meuse et de la Haute-Vienne ont participé aux travaux sur le décret du 12 décembre 2014, qui généralise un PPS type. À partir de la rentrée 2015, les éditeurs fourniront aux MDPH une nouvelle version de leurs outils leur permettant de produire des PPS conformes à l'arrêté du 6 février. La CNSA a apporté son appui aux éditeurs pour l'élaboration des spécifications nécessaires.

De manière générale, les demandes d'aide humaine poursuivent leur progression. Néanmoins, certaines MDPH font état de la progression du taux des refus. Plusieurs raisons sont mises en avant pour expliquer ces deux phénomènes, notamment l'augmentation des demandes d'accompagnement pour des enfants présentant des difficultés scolaires mais ne relevant pas du champ du handicap.

► L'emploi

Les demandes liées à l'insertion professionnelle constituent l'activité dominante des MDPH. Elles s'organisent en mobilisant notamment le référent insertion professionnelle, dont la fonction, du fait de sa double dimension, stratégique au travers de l'animation du partenariat local et plus opérationnelle dans l'accompagnement individuel de personnes vers l'emploi, est souvent portée par plusieurs professionnels au sein d'une même MDPH. L'accès au dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) est souvent considéré comme utile pour compléter la fiche de synthèse et ainsi avoir un complément d'information en matière de démarches d'insertion professionnelle, notamment pour l'étude de la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi (RSDAE).

Plusieurs rapports témoignent de la participation de MDPH au chantier « employabilité » à la suite de la première expérimentation conduite avec une dizaine de MDPH avec le soutien de la CNSA, de la DGCS et de la Direction générale à l'emploi et à la formation professionnelle. Une deuxième vague d'expérimentation initiée en 2014, désormais dénommée « Potentiel emploi » et pilotée par la DGCS et la CNSA, avec l'appui d'un prestataire a permis d'associer 25 MDPH. Cette nouvelle vague, qui préfigure la généralisation de « Potentiel emploi », s'appuie sur un outil informatique qui permet d'assurer un suivi des évaluations des demandeurs, dans leur possibilité/capacité à retrouver un emploi.

En matière d'emploi, les MDPH soulignent également l'augmentation des orientations en établissement et service d'aide par le travail (ESAT), tout en constatant que certaines d'entre elles ne sont pas suivies d'effets. Les personnes inscrites comme demandeurs d'emploi rencontrent des difficultés dans leurs démarches (éloignement du domicile, adéquation activités de l'ESAT et profil, etc.). Les MDPH notent aussi une insuffisance ou un manque en termes de structures d'accueil.

Certaines MDPH ont mis en place plusieurs outils et modalités d'évaluation en faveur des personnes orientées en ESAT afin de mieux les accompagner dans leurs démarches, comme le dispositif AMP (accompagnement en milieu protégé), qui permet d'accompagner des personnes bénéficiant d'une orientation en ESAT mais dans l'attente d'une admission par des entretiens individuels, des visites d'ESAT et des stages. D'autres mettent en place des modalités de gestion de listes d'attente des personnes pour permettre d'organiser les liens entre décisions de la CDAPH, les ESAT et les personnes handicapées.

► L'allocation aux adultes handicapés – AAH

Plusieurs MDPH font état de l'augmentation des demandes d'AAH, à la suite de la réforme de cette allocation. Cette hausse intervient alors que les demandes d'AAH ont déjà augmenté de 56,5 % entre 2007 et 2013, passant de 336 000 à 526 000 demandes².

De nombreux rapports d'activité reviennent sur les effets de cette réforme sur leur activité, du fait des renouvellements plus fréquents de demandes de l'AAH avec de premiers effets constatés en 2013 et se prolongeant en 2014. L'année 2013 marque une envolée de cette augmentation avec plus de 16 % de demandes supplémentaires d'AAH déposées auprès des MDPH.

À la suite de la commission nationale de l'hospitalisation (CNH) de décembre 2014, le décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'AAH permet d'étendre de deux à cinq ans la durée maximale d'attribution de l'AAH pour les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % et « qui subissent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

► La prestation de compensation du handicap – PCH

En 2014, la croissance des demandes poursuit son ralentissement : le taux d'évolution annuel est de 6 %. Le profil des demandes a évolué dans le temps. La part des premières demandes diminue avec l'effet du renouvellement des droits des bénéficiaires dans le dispositif.

En 2014, un peu moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH.

Le taux d'accord était plus élevé dans les premières années de la montée en charge de la prestation en raison de la nature du public demandeur : le public des personnes très lourdement handicapées visé par la circulaire du 11 mars 2005 ainsi que les personnes ayant choisi de basculer, au début du dispositif, de l'ACTP (allocation compensatrice de tierce personne) à la PCH.

Depuis 2006, l'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution des MDPH passe également par une meilleure appropriation du cadre réglementaire et des outils de mesure de l'éligibilité à la prestation et par le développement d'outils sur les spécificités de la PCH (guides construits par la CNSA avec les acteurs du terrain).

L'aide humaine représente 43 % des éléments accordés en 2014. C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH. Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 841 euros en 2014. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs, ainsi que par les pratiques locales et par les orientations de prise en charge du handicap selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement) et la configuration locale de l'offre.

2. « Estimation du volume de demandes et de décisions relatives à l'emploi », *Repères statistiques*, n° 3, CNSA, 2014.

► Les orientations en établissements et services médico-sociaux

Les demandes d'orientation en établissements et services médico-sociaux restent stables. Le partenariat avec les établissements et services médico-sociaux se développe avec des visites sur sites et des réunions permettant de prioriser les admissions pour certains publics. La fonction d'accompagnement se développe également et une fonction de référent de parcours ou de chargé du suivi des orientations apparaît dans les MDPH.

2014 a été marquée par le déploiement du dispositif « situations critiques » – organisé par la circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes. La majorité des MDPH ont mis en place la commission et les 26 ARS ont nommé un référent régional. Les MDPH sont nombreuses à signaler que les difficultés premières dans le traitement de ces situations concernent très majoritairement les enfants et les jeunes de moins de 20 ans. Les personnes atteintes de troubles du comportement sont fortement concernées.

Le bilan réalisé fin décembre 2014 par la CNSA, conformément à la circulaire, permet de confirmer les commentaires des rapports d'activité : 11 situations en moyenne sont examinées par département, 79 % des situations critiques traitées ou en cours de traitement au niveau départemental, 21 % remontant au niveau régional.

Les refus d'orientation (désaccord sur l'orientation ou désaccord sur le mode de prise en charge de l'ESMS proposé) et les refus d'admission d'un ou plusieurs ESMS par manque de places, pour inadéquation des projets d'établissements ou en raison de la charge trop lourde par rapport aux capacités d'accueil de l'établissement sont les principaux motifs de ces ruptures de parcours. Les commissions construisent des solutions diverses : admission temporaire en ESMS, maintien à domicile avec renforcement des moyens, prise en charge par une structure sanitaire avec mobilisation de moyens financiers supplémentaires dans 46,7 % des situations (renforcement de l'accompagnement/transport).

Le déploiement du dispositif « situations critiques » a très certainement été facteur de consolidation d'une dynamique déjà existante ou de mobilisation des acteurs : partenariat entre institutions (ARS/conseil départemental/MDPH), entre secteurs (aide sociale à l'enfance/médico-social/sanitaire), entre établissements et services (relais et complémentarité entre ESMS). Il a également permis l'émergence de réponses structurelles à des besoins constatés via des situations individuelles : projets innovants de formation (médico-social/sanitaire, sur la gestion des « comportements-problèmes », pour des familles d'accueil), formalisation de dispositif partagé (par exemple : intervention d'un institut médico-éducatif – IME – en pédopsychiatrie).

Le suivi des décisions et des places disponibles s'organise également sur les territoires. La majorité des MDPH disposent d'outils souvent « manuels » pour le suivi des listes d'attente. Toutefois, de nombreux projets d'acquisition d'outils informatiques dédiés ont été relevés dans les rapports d'activité. Quelques rapports font état de l'identification d'un professionnel dédié au suivi des listes d'attente.

Enfin, certaines MDPH font état de leur mobilisation dans le cadre du projet ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) porté par la CNSA aux côtés de la DGCS et de la fédération AIRe (Association des ITEP et de leurs réseaux). L'objectif général de ce projet est de réfléchir et de travailler aux logiques de parcours et de projets de vie individualisés. Afin d'éviter les ruptures de parcours des jeunes relevant d'ITEP en rendant ceux-ci plus fluides, une expérimentation en dispositif ITEP a été mise en place depuis mai 2013. Cette expérimentation permet de tester un nouveau mode de fonctionnement des ITEP, appelé « dispositif », qui délègue à l'établissement la possibilité d'adapter les modes d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation du jeune selon une procédure préalablement définie, en particulier avec la MDPH.

Six régions (5 000 jeunes de 6 à 20 ans) expérimentent ce mode de fonctionnement : Basse-Normandie, Haute-Normandie, Île-de-France, Pays-de-la-Loire, Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Des conventions régionales, établies sur un modèle national, définissent les modes de collaboration entre les différents acteurs : ARS, MDPH, Éducation nationale, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), pédopsychiatrie, aide sociale à l'enfance (ASE), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)...

► Quelques démarches de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées

Une quinzaine de rapports font état de niveaux de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées très variables :

- création d'une maison départementale de l'autonomie (MDA) ;
- participation à un projet de création dans le cadre de groupes de travail organisés avec les équipes départementales ;
- ou simple rapprochement entre la MDPH en tant que GIP et les équipes départementales chargées des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre d'un pôle « autonomie ».

À la suite de l'accompagnement aux trois expérimentations du Cantal, de la Corrèze et de la Côte-d'Or, la CNSA a procédé, à la demande du Conseil, en avril 2014, à un état des lieux des MDA dans 13 départements qui a permis de montrer des situations très variables. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit un processus de labellisation des organisations en MDA sur la base d'un cahier des charges fixé par décret.

CONCLUSION

Dans un contexte d'activité toujours croissante, les MDPH continuent de démontrer leur capacité à innover dans la mise en œuvre de leurs différentes missions. Elles s'engagent dans des démarches permettant de réinterroger leurs organisations et leurs pratiques en vue d'accroître leur efficacité et la qualité du service rendu à l'utilisateur.

La CNSA encourage et appuie ces évolutions, en initiant et en pilotant des projets collaboratifs. Ainsi, le référentiel de missions pourra servir de point d'appui à un autodiagnostic, en lien avec les comités exécutifs des MDPH, mais aussi définir collectivement une trajectoire pluriannuelle d'amélioration et éclairer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) prévus par la loi Blanc.

Le chantier relatif au développement d'un système d'information commun aux MDPH, que la CNSA pilote conformément aux dispositions de la loi ASV, constituera également un levier déterminant au service de l'efficacité et de l'équité de traitement dans les années à venir.

Enfin, de nombreux rapports d'activité des MDPH soulignent le développement de partenariats avec les ARS, les services départementaux et les établissements et services médico-sociaux pour mobiliser de façon plus collaborative l'offre médico-sociale et développer la mission d'accompagnement à la mise en œuvre des décisions. Cela se traduit concrètement dans la mise en œuvre des commissions des situations critiques et la création d'outils de suivi à l'interface entre les différents acteurs.

Au moment où vient d'être lancé le déploiement d'« Une réponse accompagnée pour tous » sur 23 sites pionniers, cette mobilisation des acteurs dans les territoires traduit l'évolution nécessaire des pratiques professionnelles dans une logique partenariale.

Annexe 6 – Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2015 (79 394 243 €)

Conventions signées en 2015 au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, et de la formation des aidants

Délégation de crédits en 2015 aux ARS

Ce tableau rend compte des conventions signées et des délégations de crédits pendant l'année 2015.

01 – Conventions avec les conseils départementaux				
Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2015	Description du projet
07 Ardèche	698 300 €	349 150 €	103 050 €	Axe 1 – Former et valoriser les professionnels du domicile Axe 2 – Structurer et développer l'offre de services à domicile Axe 3 – Moderniser les services d'aide à domicile Axe 4 – Structurer l'accueil familial Axe 5 – Soutenir et structurer l'aide aux proches aidants Axe 6 – Piloter et suivre l'accord-cadre
16 Charente	1 329 475 €	664 738 €	58 815 €	Axe 1 – Moderniser les services d'aide à domicile pour une meilleure prise en charge Axe 2 – Professionnaliser les aides à domicile Axe 3 – Expérimenter et diversifier l'aide à domicile Axe 4 – Piloter la convention
22 Côtes-d'Armor	593 000 €	296 500 €	296 500 €	Axe 1 – Poursuivre la modernisation des services d'aide à domicile afin de faciliter la restructuration du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Professionnaliser les acteurs du maintien à domicile, qu'ils soient salariés de SAAD, accueillants familiaux ou aidants naturels, dans l'objectif d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap Axe 3 – Accompagner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions, ainsi que préparer le prochain accord-cadre 2016-2018
25 Doubs	2 386 837 €	1 193 419 €	260 381 €	Axe 1 – Soutien aux professionnels Axe 2 – Soutien aux aidants non professionnels Axe 3 – Modernisation de la gestion
48 Lozère	438 000 €	227 760 €	47 960 €	Axe 1 – L'aide aux aidants Axe 2 – Innovation, expérimentation pour un service de qualité Axe 3 – Initier une politique de formation et de recrutement départementale Axe 4 – Le suivi et l'animation de la convention
62 Pas-de-Calais	6 347 930 €	3 465 970 €	571 665 €	Axe 1 – Moderniser le fonctionnement du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Développer la qualité des interventions grâce à la formation Axe 3 – Rationaliser la structuration territoriale des services d'aide à domicile Axe 4 – Piloter et animer la mise en œuvre de la convention
67 Bas-Rhin	72 000 €	36 000 €	36 000 €	Axe 1 – Moderniser les procédures de suivi et de contrôle des services d'aide à domicile effectués auprès des personnes âgées et des personnes handicapées Axe 2 – Piloter les actions de modernisation sur le territoire

71 Saône-et-Loire	1 200 000 €	600 000 €	198 373 €	<p>Axe 1 – Améliorer l’offre d’accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile : renforcer la démarche qualité</p> <p>Axe 2 – Améliorer l’offre d’accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées : structurer et poursuivre la modernisation des services</p> <p>Axe 3 – Soutenir et développer l’accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées : assurer la formation initiale et continue des accueillants familiaux</p> <p>Axe 4 – Moyens mobilisés pour assurer et accompagner la mise en œuvre de l’accord-cadre</p>
72 Sarthe	87 500 €	43 750 €	43 750 €	<p>Axe 1 – Structuration et accompagnement à la gestion des SAAD</p> <p>Axe 2 – Pilotage de la convention</p>
77 Seine-et-Marne	1 713 900 €	856 950 €	24 000 €	<p>Axe 1 – Contribuer à la continuité des parcours des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile</p> <p>Axe 2 – Favoriser la qualité des prises en charge</p> <p>Axe 3 – Mettre en œuvre et suivre la convention</p>
78 Yvelines	5 006 590 €	2 601 925 €	844 590 €	<p>Axe 1 – Structurer l’offre de services d’aide à la personne par l’accompagnement vers la qualité et l’autonomie économique et financière des structures</p> <p>Axe 2 – Répondre aux besoins d’emploi du secteur de l’aide à domicile par l’accès à la qualification et le tutorat – Accompagner les intervenants, les aidants et les accueillants familiaux</p>
79 Deux-Sèvres	1 264 000 €	632 000 €	213 000 €	<p>Axe 1 – Moderniser et améliorer la gestion des services d’aide à domicile</p> <p>Axe 2 – Plan de formation mutualisé entre les services</p> <p>Axe 3 – Soutenir la professionnalisation des accueillants familiaux</p> <p>Axe 4 – Poursuivre le maillage en plateformes territoriales de services et d’animation</p>

02 – Conventions avec les fédérations de services à domicile

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2015	Description du projet
ADESSA DOMICILE	13 520 359 €	7 571 401 €	747 746 €	<p>Phase 1 – Constitution d’un référentiel professionnel, accompagnement d’adhérents</p> <p>Phase 2 – Élaboration du système d’information fédéral, diffusion, déploiement et accompagnement à son utilisation</p> <p>Phase 3 – Accompagnement de démarches qualité, développement de coopérations aide et soins</p> <p>Phase 4 – Évaluation externe de l’ensemble du projet Adessadomicile 2020</p>
FEDESAP	7 060 000 €	3 530 000 €	364 750 €	<p>Axe 1 – Modernisation et structuration des systèmes d’information et de télégestion des entreprises adhérentes à la Fédésap</p> <p>Axe 2 – Optimisation des organisations</p> <p>Axe 3 – Structuration des réseaux de la Fédésap</p> <p>Axe 4 – Pilotage général du projet</p>

03 – Conventions relatives à la formation des aidants familiaux

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2015	Description du projet
France Alzheimer	1 110 680 €	888 540 €	888 540 €	<p>Axe 1 – Formation des binômes</p> <p>Axe 2 – Formation des aidants</p> <p>Axe 3 – Réalisation et diffusion d’outils pédagogiques</p> <p>Axe 4 – Pilotage et logistique du projet</p> <p>Axe 5 – Communication et sensibilisation du grand public</p>

04 – Conventions avec les OPCA

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2015	Description du projet
UNIFORMATION	75 000 000 €	45 000 000 €	15 000 000 €	<p>Axe 1 – Mise en œuvre d'actions de formation, de qualification/certification</p> <p>Axe 2 – Mise en œuvre de dispositifs spécifiques associés aux orientations nationales</p> <p>Axe 3 – Mise en œuvre d'actions de formation de professionnalisation et accompagnement des parcours d'intégration dans les structures de la branche</p> <p>Axe 4 – Pilotage national de l'accord-cadre CNSA/ UNIFORMATION</p>
AGEFOS PME	12 209 205 €	4 273 222 €	1 385 125 €	<p>Axe 1 – Mise en œuvre d'actions de formation de qualification : 110 personnes par an</p> <p>Axe 2 – Parcours d'accès à l'emploi dans le secteur des services à la personne : 600 personnes par an</p> <p>Axe 3 – Mise en œuvre d'actions de formation de professionnalisation : 1 684 personnes par an</p> <p>Axe 4 – Mise en œuvre de dispositifs spécifiques associés aux orientations nationales : 426 personnes par an</p> <p>Axe 5 – Pilotage national de l'accord-cadre</p>

05 – Délégations de crédits aux ARS

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2015	Description du projet
ARS – Appui au développement de SPASAD	11 500 000 €	11 500 000 €	11 500 000 €	<p>Axe 1 – Favoriser le rapprochement partenarial ou juridique d'entités SAAD et SSIAD distinctes, et SPASAD et SAAD ou SSIAD</p> <p>Axe 2 – Organiser la coordination des services de soins avec les services d'aide à domicile, et mutualiser leurs fonctions supports</p> <p>Axe 3 – Doter les SPASAD des outils nécessaires pour organiser les interventions coordonnées d'aide et de soins</p> <p>Axe 4 – Former les encadrants et les intervenants lorsque les formations ne sont pas couvertes par les OPCA</p>
ARS – Formation des aidants	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	<p>Axe 1 – Actions d'information-formation</p> <p>Axe 2 – Actions collectives d'accompagnement des aidants à travers des actions d'information et de soutien</p>
9 ARS – Formations des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA	592 649 €	592 649 €	592 649 €	Formation spécifique ayant pour objet de permettre aux intervenants de SAAD de savoir repérer les indices de risques de perte d'autonomie des personnes accompagnées à leur domicile, et transmettre chaque fois que nécessaire les informations pertinentes aux membres de la coordination clinique de proximité (CCP), et en particulier au médecin traitant.

Subventions versées en 2015 au titre de la section IV du budget de la CNSA

Ce tableau rend compte des montants versés en 2015 au titre des conventions en cours d'exécution et/ou échues en 2015. Ces montants correspondent au solde des subventions au titre de l'exercice antérieur et à l'acompte au titre de l'exercice 2015. Le versement des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture de certains documents justificatifs.

01 – Conventions avec les conseils départementaux			
Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle CNSA	Montant des subventions versées en 2015
02 – Aisne	30/09/2013	971 665	91 822
03 – Allier	16/12/2013	723 525	100 319
07 – Ardèche	30/03/2015	349 150	54 039
08 – Ardennes	13/09/2011	218 874	38 868
09 – Ariège	02/08/2013	129 901	46 265
10 – Aube	02/12/2010	304 136	45 148
12 – Aveyron	03/05/2013	447 669	210 224
15 – Cantal	12/07/2013	455 389	151 763
16 – Charente	02/12/2015	664 737	80 096
17 – Charente-Maritime	13/06/2014	362 500	77 158
22 – Côtes-d'Armor	26/03/2015	296 500	215 554
23 – Creuse	27/09/2012	516 487	228 455
25 – Doubs	28/08/2015	1 193 418	273 790
25 – Doubs	27/09/2012	1 311 403	130 188
26 – Drôme	30/09/2013	1 877 939	363 904
27 – Eure	21/12/2012	742 938	267 457
30 – Gard	26/04/2012	1 442 179	109 609
31 – Haute-Garonne	29/04/2014	929 245	79 246
32 – Gers	24/12/2013	514 636	69 010
33 – Gironde	12/07/2013	2 132 600	1 608 124
35 – Ille-et-Vilaine	16/07/2012	847 325	104 752
37 – Indre-et-Loire	26/04/2012	240 000	43 375
38 – Isère	02/08/2013	749 304	268 881
41 – Loir-et-Cher	29/09/2014	977 167	280 500
42 – Loire	23/07/2014	377 795	64 250
44 – Loire-Atlantique	16/07/2012	342 000	31 302
48 – Lozère	28/08/2015	227 760	23 980
49 – Maine-et-Loire	30/07/2013	294 974	52 998
51 – Marne	27/11/2014	282 956	67 939
53 – Mayenne	21/02/2011	50 681	36 313
56 – Morbihan	26/11/2012	421 634	174 304
58 – Nièvre	10/09/2010	652 357	57 071
59 – Nord	13/12/2010	745 640	624
61 – Orne	24/01/2012	1 631 500	18 436
62 – Pas-de-Calais	26/03/2015	3 465 969	285 833
64 – Pyrénées-Atlantiques	13/09/2011	1 093 500	215 406
66 – Pyrénées-Orientales	04/11/2014	450 000	130 000
67 – Bas-Rhin	31/12/2015	36 000	18 000
69 – Rhône	01/04/2014	1 078 740	373 260
71 – Saône-et-Loire	20/10/2015	600 000	99 187
72 – Sarthe	28/08/2015	43 750	29 681
75 – Paris	02/10/2012	2 265 000	847 603
76 – Seine-Maritime	29/03/2012	1 251 000	544 081
77 – Seine-et-Marne	31/12/2015	856 950	143 965

78 - Yvelines	01/07/2015	2 601 924	1 549 885
79 - Deux-Sèvres	16/11/2015	632 000	106 500
84 - Vaucluse	22/05/2014	146 064	277 820
86 - Vienne	13/09/2011	197 584	89 520
90 - Territoire de Belfort	21/12/2012	57 991	16 286
91 - Essonne	26/11/2012	1 127 564	339 494
93 - Seine-Saint-Denis	26/01/2012	1 245 517	722 287
94 - Val-de-Marne	12/12/2013	3 692 646	810 298
TOTAL		44 268 183	12 064 867

02 - Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle CNSA	Montant des subventions versées en 2015
ADESSA	12/03/2015	7 536 234	1 042 728
ADMR	19/12/2013	7 905 663	1 981 868
Croix-Rouge française	12/10/2012	3 375 629	670 331
HANDEO	12/12/2014	1 199 838	252 178
TOUTADOM	28/05/2013	480 588	158 835
UNA	27/11/2014	24 070 453	3 593 013
UNCCAS	26/11/2014	568 958	80 220
FEDESAP	19/06/2015	3 530 000	409 375
Camelia	27/12/2010	225 679	67 844
TOTAL		48 893 042	8 256 390

03 - Conventions relatives à la formation des aidants familiaux

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle CNSA	Montant des subventions versées en 2015
AFA	12/11/2014	971 667	12 835
FNAF -CFO-SFP-SNLF	27/11/2014	1 384 311	27 715
France Parkinson	19/03/2014	493 004	162 540
UNAFAM	10/02/2013	633 034	208 526
ANCRA (autisme)	27/08/2013	1 389 566	286 338
Fédération des aînés ruraux	15/01/2013	332 585	122 391
France Alzheimer	13/03/2014	862 760	253 598
France Alzheimer	13/04/2015	888 540	444 270
TOTAL		121 030 259	1 518 212

04 - Conventions avec les OPCA

Porteur de projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle CNSA	Montant des subventions versées en 2015
ANFH	19/04/2013	15 592 500	4 519 624
UNIFAF	19/04/2013	11 010 000	3 083 544
OPCA PL/ACTALIANS	17/06/2013	7 261 500	2 329 676
AGEFOS/PME	16/11/2015	4 151 130	1 843 854
Uniformation	16/11/2015	45 000 000	13 450 971
TOTAL		83 015 130	25 227 668

05 - Délégations de crédits aux ARS

Objet	Date de l'instruction	Montant des subventions versées en 2015
Appui au développement des SPASAD	04/12/2015	11 500 000
Formation des aidants	18/12/2015	1 000 000
TOTAL		12 500 000

Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2015 – Projets d'études et de recherche et actions innovantes (9 959 544 €)

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 âgées	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Enquêtes « Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) »
Personnes handicapées	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Enquête « Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (PHEDRE) »
Personnes âgées	Fondation partenariale Paris-Dauphine	Survey on Health Aging and Retirement in Europe (Share – Vague 7)
Personnes âgées	La Fonda	Viellissement démographique: défis et opportunités pour l'économie sociale et solidaire
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre hospitalier universitaire de Lille	Parcours des patients présentant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée du sujet jeune (ParMAA)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Observatoire du non-recours (ODENORE)	Programme de recherche sur le non-recours à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH)

Axe 2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation des personnes et préconisations

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes handicapées	Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)	Améliorer l'orientation professionnelle en maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
Personnes handicapées	Fédération d'associations handicap rare et épilepsie sévère (FAHRES)	Lutter contre la souffrance psychique surajoutée chez les personnes en situation de handicap rare à composante épilepsie sévère
Personnes handicapées	Réseau Lucioles	Recherche-action « Troubles du comportement et handicap mental sévère »

Axe 3 – Aides techniques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	France Silver Eco	Référencer les solutions du bien-vieillir
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre d'expertise nationale mobilité (CEREMH)	Projet Inter CEN - Volet 1: Élaboration d'un référentiel pour l'évaluation des aides techniques
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre d'expertise national en stimulation cognitive (CEN STIMCO)	Projet Inter CEN - Volet 2: Contenus d'information adaptés sur les aides techniques
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie – Mutualité française Anjou-Mayenne (CENTICH – MFAM)	Projet Inter CEN – Volet 3: Ressources et contenus de formation sur les aides techniques
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie – Mutualité française Anjou-Mayenne (CENTICH – MFAM)	Technicothèque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation (INC)	Essai comparatif
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation (INC)	Essai comparatif

Description du projet	Budget
L'enquête permettra de connaître le niveau de dépendance des personnes, les besoins et l'utilisation d'aides humaines et techniques, les dépenses liées à la dépendance et le reste à charge.	400 000 €
Enquête statistique sur la prestation de compensation du handicap (PCH) qui permettra de comprendre les éventuels obstacles à la mise en place des plans d'aide, de mesurer le reste à charge et de mieux connaître l'organisation de l'aide humaine autour des personnes en situation de handicap.	600 000 €
7 ^e vague de la cohorte Share, enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite.	500 000 €
Étude prospective pour identifier les réponses innovantes aux besoins, existants et à venir, liés au vieillissement de la population française, et la manière dont ces réponses impliquent, ou pourraient impliquer, les organisations de l'économie sociale et solidaire.	8 000 €
L'objectif est de mieux connaître et d'améliorer le parcours diagnostique et médico-social des patients jeunes présentant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.	120 000 €
Conception et mise en œuvre d'un programme d'étude des formes et causes de non-recours aux dispositifs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).	325 320 €

Description du projet	Budget
Étude sur dix territoires auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) afin d'identifier les difficultés et de détecter les bonnes pratiques et les pistes de solutions pour améliorer l'orientation professionnelle en MDPH.	77 150 €
Recherche-action partant de l'analyse des pratiques, et notamment des pratiques pathogènes (cause de souffrance psychique ajoutée) dans les moments clés des parcours des personnes prises en charge en établissements médico-sociaux ou sanitaires.	85 000 €
L'étude consiste à analyser <i>a posteriori</i> vingt-cinq itinéraires de personnes avec handicap mental sévère ayant été accompagnées vers une réduction significative de troubles aigus du comportement.	35 000 €

Description du projet	Budget
Le projet vise à développer un dispositif fonctionnel de référencement des produits et services de la <i>silver</i> économie dans le domaine de l'habitat.	100 000 €
L'objectif du projet est l'élaboration d'un référentiel qui aura pour objet de constituer un cadre de référence méthodologique pour identifier des critères, outils et méthodes pour l'évaluation du service rendu par une aide technique.	300 000 €
Le projet a pour objectif de définir une méthode d'ingénierie pour la création de contenus et de supports d'information accessibles, compréhensibles et utilisables par les personnes en situation de handicap et par les personnes âgées en perte d'autonomie.	300 000 €
Le projet permettra de cartographier les formations sur les aides techniques et de développer de nouvelles offres de formation pour les professionnels et les utilisateurs finaux.	300 000 €
Le CENTICH développe une offre de mise à disposition et de prêt d'aides techniques dans le cadre de la technicothèque. Le financement apporté permettra d'en évaluer l'efficacité et d'accompagner sa généralisation vers d'autres départements.	280 000 €
Pour ne pas entraver le travail de l'INC, les thèmes des essais sont confidentiels le temps de leur réalisation.	95 158 €
Pour ne pas entraver le travail de l'INC, les thèmes des essais sont confidentiels le temps de leur réalisation.	161 520 €

Axe 4 – Aide aux aidants informels

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)	Programme de recherche « Aidants rémunérés »

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 des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE)	Expérimentation instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)
Personnes handicapées	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI)	Étude d'évaluation de dispositifs d'emploi accompagné

Axe 6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Efferve'sens	Indicateur de pertinence territoriale des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

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)	Enquête « Blanchissage en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Fondation OVE	Évaluation du dispositif expérimental des Maisons de Crolles

Axe 9 – Prévention

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Hôpital Broca	Élaboration d'un protocole évaluation STIMART
Personnes handicapées	Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) Lorraine	Réalisation d'un kit nutrition santé pour les enfants avec déficience intellectuelle
Personnes handicapées	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne	Projet nutrition handicap

Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)	Favoriser la citoyenneté des personnes âgées
Personnes âgées	Centre hospitalier universitaire de Toulouse	Communication sur la fragilité des personnes âgées
Personnes âgées	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Séminaire d'été – Groupement de recherche longévité et vieillissement
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Bureau de coordination des devenus sourds et malentendants (BUCODES)	Guide pratique pour l'achat d'un appareil auditif

Description du projet	Budget
Analyse de l'effet des modes de rémunération et de dédommagement de l'aide sur les formes d'investissement, le recours aux dispositifs d'aide et les équilibres familiaux des aidant-e-s proches.	210 010 €

Description du projet	Budget
Poursuite de l'expérimentation de fonctionnement en dispositif des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et évaluation.	90 000 €
Évaluation de la qualité de l'offre de cinq services médico-sociaux d'emploi accompagné en vue d'une modélisation d'un service type d'emploi accompagné pour l'intégration professionnelle des personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé.	60 000 €

Description du projet	Budget
Définition d'un indicateur de pertinence territoriale pour l'implantation des EHPA et des EHPAD fondé sur la qualité de l'environnement géographique pour les résidents, leurs familles, les futurs résidents et le personnel soignant.	33 680 €

Description du projet	Budget
Recueil de données sur la blanchisserie en vue d'une éventuelle intégration des coûts dans le socle de prestations d'hébergement.	29 503 €
Évaluation d'un nouveau lieu d'accueil pour malades Alzheimer jeunes (Maisons de Crolles) : analyse des besoins spécifiques d'accompagnement des malades jeunes et de formation des professionnels.	60 250 €

Description du projet	Budget
Élaboration du protocole d'expérimentation d'une application de stimulation ludique sur tablette tactile pour le repérage du déclin cognitif et fonctionnel chez les sujets âgés en institution (STIMART).	13 242 €
Réalisation d'un kit nutrition santé pour les enfants et adolescents avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les instituts médico-éducatifs et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques.	120 000 €
Élaboration d'un programme de prévention du surpoids et de l'obésité en institution pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies.	50 000 €

Description du projet	Budget
Mise en place et évaluation de séminaires participatifs de résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	200 000 €
Réalisation de supports de communication autour du concept de fragilité des personnes âgées en vue d'une ouverture aux médias nationaux et à une conférence de presse nationale	30 000 €
Séminaire de formation à la préparation de réponses aux appels à projets de recherche européens (Joint Program Initiative - « More Years, Better Lives » ; Horizon 2020).	8 480 €
Réalisation d'un guide pour aider et conseiller la personne malentendante dans le parcours de soins particulier du traitement de la perte d'audition par un appareil auditif.	5 814 €

Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Groupement d'intérêt public de l'Institut des données de santé (GIP IDS)	Participation
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Groupement d'intérêt public de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (GIP IRDES)	Participation
Personnes handicapées	Advocacy France	Recherche sur les conditions de prise en compte de la parole des personnes handicapées psychiques
Personnes handicapées	APEI de la région Dieppoise	Comédie musicale <i>Droits debout !</i>
Personnes handicapées	CoActis Santé	Création d'un outil de communication pour personnes en situation de handicap mental ou autistes
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Expertise collective « Dyspraxie »
Personnes handicapées	Mouvement pour une société inclusive	Centre ressource mémoire
Personnes handicapées	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal de l'Isère et des deux Savoie (RHEOP)	Registre des handicaps de l'enfant
Personnes handicapées	Association Santé orale, handicap, dépendance et vulnérabilité (SOHDEV)	Guide de recommandations hygiène orale et handicap

Tous axes – Appels à projets de recherche

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets de recherche 2015 – Défi 8 sous axe 10
Personnes handicapées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets de recherche 2015 – Défi 4 sous axe 13
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets recherche IRESP « Personnes handicapées avançant en âge »
Personnes âgées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets de recherche IRESP autisme – session 1
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Fondation maladies rares	Appel à projets de recherche maladies rares – session 3
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets de recherche IRESP « Handicap et perte d'autonomie » – session 6

Description du projet	Budget
	26 204 €
	900 000 €
Recherche-action réalisée par les personnes concernées avec l'appui d'une équipe de recherche sur les conditions de prise en compte de la parole des personnes en situation de handicap psychique par les décideurs publics. Phase exploratoire de conception méthodologique.	80 000 €
Conception et performance par des personnes en situation de handicap d'une comédie musicale pour promouvoir et encourager la démocratie dans les établissements médico-sociaux.	20 000 €
Création d'outils de communication (illustrations accessibles sur un outil numérique) pour permettre aux personnes en situation de handicap mental ou avec autisme de se préparer aux différentes consultations (soins somatiques et hospitaliers) et de mieux communiquer avec les professionnels de santé.	125 000 €
Réalisation et publication d'une expertise collective sur le thème de la « dyspraxie ou trouble de l'acquisition de la coordination ».	92 000 €
Préfiguration d'un centre de mémoire et de ressources consacré aux diverses expressions et formes de fragilité, de l'enfance au grand âge.	97 500 €
Tenue du registre des handicaps de l'enfant et de la mortalité périnatale dans trois départements : l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie.	55 000 €
Rédaction et diffusion de fiches de conseil en matière d'hygiène bucco-dentaire à destination des personnes en situation de handicap.	10 000 €

Description du projet	Budget
- Anne Solaz : « Projet Vieillir à deux : vieillir à deux, vie conjugale, inégalités et décisions économiques des couples après 50 ans ».	72 400 €
- Béatrice Alescio-Lautier : « Projet SYNCHRO-TC : système numérique de rééducation holistique des réseaux cognitifs à destination du traumatisé crânien ».	250 000 €
- Alain Paraponaris : « Personnes handicapées avançant en âge : regards économiques et sociaux ». - Jean-Yves Barreyre : « Le vieillissement, support à la construction d'un nouveau devenir ». - Amaria Baghdadli : « Évaluation de la fragilité chez des adultes avec trouble du spectre autistique et retard mental avançant en âge ».	224 648 €
- Bernadette Rogé : « Évaluation de l'intervention précoce intensive en autisme avec le modèle de Denver ». - Stéphanie Marignier : « Implémentation d'un kit de dépistage précoce et d'une conduite à tenir pour la prise en charge de l'autisme en pédiatrie générale ». - Émilie Cappe : « Évaluation des effets d'un programme psycho-éducatif destiné à des parents d'enfants ayant un trouble envahissant du développement ».	447 399 €
- Sophie Arborio : « Syndrome de West, construction des savoirs et singularité des expériences des familles ». - Michel Castra : « Situations de handicap et discrimination en période pré-greffe. Étude comparative entre deux maladies pulmonaires rares : la mucoviscidose et la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) ». - Dominique Farge : « Mise en place d'une e-plateforme collaborative pour identifier et caractériser les handicaps des patients atteints de maladies auto-immunes rares relevant de la thérapie cellulaire ou de biothérapies ». - Anne Marcellini : « Devenir adulte avec une anomalie du développement : obstacles et facilitateurs ». - Grégoire Mercier : « Reste à charge des patients atteints de lymphœdème primaire : mesure des inégalités financières d'accès aux soins ». - Rémy Potier : « Déterminants psychosociaux de l'impact du handicap de surdité sur l'autonomie au sein du parcours de vie chez les personnes atteintes des syndromes de Usher, Wolfram et Stickler ». - Sophie Quinton : « Sclérodermies et difficultés professionnelles : identifier pour mieux aider ».	288 844 €
- Cambois Emmanuelle : « Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile ». - Fontaine Roméo : « Segmentation et sélection des risques sur le marché de l'assurance dépendance ». - Ledegen Gudrun : « Contexte sociolinguistique de la surdité en France et didactisation de la pluralité linguistique : le rôle de la langue des signes dans la construction identitaire autonome de l'enfant sourd profond implanté ». - Schott Anne-Marie : « Typologie des besoins ressentis et qualité de vie des patients victimes d'AVC et de leurs aidants ». - Moroni Christine : « Troubles cognitifs et comportementaux consécutifs à une lésion cérébrale et retour en formation ».	480 991 €

Colloques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Institut de la maladie d'Alzheimer (IMA)	Colloque
Personnes âgées	Société française et francophone d'éthique médicale (SFFEM)	Colloque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Société française de santé publique (SFSP)	Colloque
Personnes handicapées	Association d'information recherche sur le handicap (AIR)	Colloque
Personnes handicapées	Société européenne de recherche sur le handicap ALTER	Colloque
Personnes handicapées	Association nationale centres ressources autisme (ANCRA)	Colloque
Personnes handicapées	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP)	Colloque
Personnes handicapées	Association normande d'études psychologiques (ANEP)	Colloque
Personnes handicapées	Association régionale des établissements et services d'aide par le travail (ARESAT) de Bretagne	Colloque
Personnes handicapées	École des hautes études en sciences sociales (EHESS)	Colloque
Personnes handicapées	Institut d'enseignement supérieur et de recherche Handicap et besoins éducatifs particuliers (INS HEA)	Colloque international
Personnes handicapées	Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)	Colloque
Personnes handicapées	SOURd Centre d'études et de soins (SOURCES)	Colloque
Personnes handicapées	Union française des centres de vacances (UFCV)	Colloque
Personnes handicapées	Université de Lille 3	Colloque

Appel à projets actions innovantes 2015 – Aide aux aidants

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Laboratoire SCALab – Université de Lille 3	Autoformation centrée sur le bien-être et l'acceptance pour le proche aidant (ABAPA)
Personnes âgées	Fédération des aveugles de France	Ouvrir son regard sur la déficience visuelle (ORDEV)
Personnes âgées	Centre hospitalier universitaire de Toulouse – Gérontopôle	Repérage par autoquestionnaires informatisés et prise en charge personnalisée du syndrome d'épuisement de l'aidant familial
Personnes âgées	Collectif d'ingénierie et de développement (CID)	Appuis aux aidants actifs et entreprises dans le cadre de la RSE (APACTE)
Personnes âgées	Association innovation Alzheimer	Aidant et enseignement virtuel et échanges
Personnes âgées	France Alzheimer	Module 4 du guide d'accompagnement en ligne des aidants familiaux sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement
Personnes handicapées	Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR)	Coconstruction d'un programme d'autoformation e-learning des aidant-e-s de personnes en situation de handicap rare
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Autonom'Lab	Application numérique de ressources pour l'aide aux aidants
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association française des aidants (AFA)	Proposer des formations à distance aux aidants, à l'appui des TICE

Description du projet	Budget
« Questionner l'accompagnement en gestion de cas »	4 000 €
« Longévité: Quels défis mondiaux pour le XXI ^e siècle? »	2 000 €
« Les déterminants sociaux de la santé »	5 000 €
« Intervention précoce chez les jeunes enfants polyhandicapés et leurs familles »	7 000 €
« Interroger les sociétés contemporaines à la lumière du handicap »	7 500 €
« Les troubles du spectre de l'autisme: d'où à où, de quand à quand? »	28 000 €
« Journées nationales de la prématurité »	2 500 €
« Naître, grandir, vieillir/handicap: transitions et remaniements psychiques »	3 000 €
« Un avenir après l'ESAT »	14 000 €
« 2005-2015: quel anniversaire pour les personnes handicapées? »	7 796 €
« Toucher pour apprendre, toucher pour communiquer »	4 500 €
30 ^e congrès de médecine physique et de réadaptation	10 000 €
« Sourds et santé – La médiation dans tous ses états »	7 000 €
« Vacances et handicap mental »	7 500 €
11 th European Conference on Psychological Theory and Research on Intellectual and Developmental Disabilities	4 200 €

Description du projet	Budget
Expérimentation de dispositifs de soutien psychologique relevant de thérapies comportementales de renforcement.	144 979 €
Développement de ressources utiles aux aidants, aux personnes malvoyantes, notamment dans leur travail de soutien fonctionnel à leurs aidés via des outils d'autoformation en ligne.	139 980 €
Amélioration de la prise en charge intrahospitalière des aidants, mais aussi production d'un nouvel outil d'analyse des risques pour l'aidant.	35 700 €
Expérimentation et évaluation des actions pouvant constituer un volet « aidants » dans des politiques de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) pour un type d'aidants particulier: les aidants actifs de TPE-PME.	45 360 €
Développement d'un <i>serious game</i> évoquant, de manière ludique, les éventuelles difficultés liées à chaque situation, expérimentant différentes approches et identifiant des clés de résolution.	180 000 €
Enrichissement de l'offre d'autoformation en ligne destinée aux aidants en ajoutant à l'offre déjà fournie par l'association un module d'information sur les dispositifs d'aide (aides financières et humaines, répit, soutien...).	73 600 €
Développement de ressources d'autoformation en ligne à destination des aidants de personnes atteintes de handicaps rares.	180 000 €
Conception d'une application numérique pour permettre aux aidants d'accéder aux ressources d'aides qui leur sont proposées sur un territoire donné.	118 600 €
Traduction sous la forme d'autoformation en ligne de la démarche de formation telle que dispensée par l'association en présentiel.	122 748 €

Appel à projets actions innovantes 2015 – Économie circulaire des aides techniques

Population	Porteur du projet	Titre du projet
Personnes âgées	Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques d'Aquitaine (GIHP Aquitaine)	Construction d'un dispositif innovant, économiquement viable de mise à disposition des aides techniques pour les personnes âgées
Personnes âgées	Fédération Envie	Expérimentations de projets d'économie circulaire d'aides techniques au sein du réseau national Envie
Personnes âgées	Département de l'Ardèche	Étude de faisabilité « amélioration de l'accès, de l'usage et du coût des aides techniques », conférence des financeurs de l'Ardèche
Personnes âgées	Département de l'Isère	Expérimentation des aides techniques dans l'offre des SAAD
Personnes âgées	CHU de Limoges	Création d'un dispositif de prêt d'aides techniques : UPSAV-ECOCAT
Personnes âgées	Ensemble pour le lien, l'innovation et l'accompagnement à domicile (ELIAD)	Optimiser l'utilisation des aides techniques : l'engagement d'une structure d'aide à domicile
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap (CEREMH)	Écosystème territorial pour le recyclage et la valorisation des aides techniques à la mobilité en Val-de-Marne
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Union territoriale mutualiste Lorraine (UTML)	Étude et expérimentation pour la mise en œuvre de la technicothèque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Maison de l'autonomie du Maine-et-Loire (MDA 49)	Étude et expérimentation pour la mise en œuvre de la technicothèque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Département du Loir-et-Cher	Étude et expérimentation pour la mise en œuvre de la technicothèque

Description du projet	Budget
Transposition sur les personnes âgées d'un modèle de recyclage et de mise à disposition des aides techniques déjà bien éprouvé auprès de personnes handicapées (conseil et mise à disposition à des fins d'essai, recyclage).	80 000 €
Évaluation de l'expérimentation à Angers qui consiste à rénover et à revendre du matériel médical mais aussi à analyser les pistes de développement sur cinq territoires du modèle angevin (Rennes, Nantes, Angoulême et Bordeaux, Lyon et Saint-Étienne, et Nancy).	90 000 €
Amélioration de l'accès aux aides techniques des personnes âgées et identification des possibilités de mise à disposition.	50 000 €
Identification des leviers d'action des services d'aide à domicile dans l'accès aux aides techniques.	184 840 €
Évaluation de la faisabilité d'un dispositif de récupération et de mise à disposition des aides techniques pour les personnes âgées via les services de l'hôpital.	183 000 €
Analyse de la faisabilité d'un dispositif de repérage des usages des aides techniques au domicile permettant d'alimenter un dispositif de récupération et de mise à disposition.	196 628 €
Définition et développement d'un dispositif de circularisation des aides techniques à la mobilité dans le département du Val-de-Marne en articulant actions de conseil et travail de recyclerie.	100 000 €
Analyses territoriales préalables à la mise en place d'un modèle de technicothèque.	41 000 €
Analyses territoriales préalables à la mise en place d'un modèle de technicothèque.	70 000 €
Analyses territoriales préalables à la mise en place d'un modèle de technicothèque.	41 000 €

