



Rapport 2008

Droit universel d'aide à l'autonomie :
un socle, une nouvelle étape.



* 2008 : UN SOCLE, UNE NOUVELLE ÉTAPE

Adopté par son Conseil le 14 octobre 2008, ce rapport est le troisième que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie présente, conformément à la loi, au Parlement et au gouvernement.

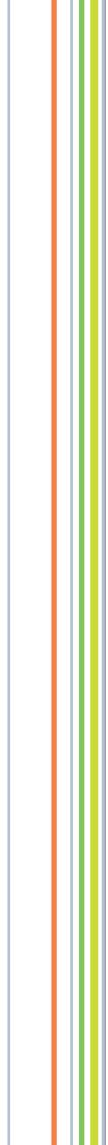
Rapport d'activité de l'année 2008, il a également été conçu pour faire le bilan d'un peu plus de trois ans d'action de la CNSA au service de l'autonomie et de l'égalité de traitement des personnes âgées et des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire national, selon les missions que la loi lui a confiées.

Tout d'abord, parce qu'en trois ans, le travail des services et la réflexion collective au sein de son Conseil ont permis de faire émerger, développer et stabiliser un certain nombre de méthodes, outils et processus. Ils sont désormais connus et en voie d'appropriation par ceux qu'ils concernent, au premier rang desquels les services de l'État aux niveaux régional et départemental, les conseils généraux et les équipes des maisons départementales des personnes handicapées, qui sont les interlocuteurs quotidiens de la Caisse. Chaque chapitre s'applique à en rendre compte au travers des encadrés dédiés à ce bilan triennal.

Ensuite, parce que 2008 est une année de réflexion en profondeur sur l'organisation de l'État, dans un objectif de révision générale des politiques publiques. La CNSA, organisme récent, n'en est pas moins invitée à rendre compte de son action, des objectifs poursuivis, des choix sous-jacents et des moyens mobilisés à leur service.

Enfin, parce que ce bilan peut utilement nourrir les chantiers ouverts par le gouvernement par la création des agences régionales de santé, et sur la mise en place d'un « 5^e risque » de protection sociale consacré à l'aide à l'autonomie, afin de mieux répondre aux difficultés concrètes rencontrées par les personnes – quel que soit leur âge – et par leur famille.

Dans cette perspective, le dernier chapitre de ce rapport, « Consolider pour développer », évoque les enjeux majeurs portés par la CNSA en termes d'innovation administrative et de gouvernance des politiques publiques et propose de s'appuyer sur ces acquis pour la concrétisation d'un droit universel d'aide à l'autonomie. Il témoigne également de l'engagement des membres de son Conseil à continuer à faire vivre l'espace public d'échanges et de débats qu'il constitue.



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

Au Centre de la Gabrielle – Mutualité Fonction Publique : F. Peeters, I. Marchenoir et « les jardiniers » ; les résidents, usagers et personnels de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile et accueil en établissement (Fedosad) ; de Notre-Dame de Confiance, établissement pour personnes âgées dépendantes à Tournon Saint-Martin ; de la maison départementale des personnes handicapées à Paris ; du Centre Saint-Jean de Dieu, institut d'éducation motrice et unité spécialisée pour enfants polyhandicapés à Paris XV^e ; de la résidence des Weppes, hébergement temporaire et centre Barrois, soins et aide à domicile de la Croix-rouge française à Fournes en Weppes ; du centre Ker Dihun, maison d'accueil spécialisé à Saint-Brieuc ; et Carl et sa famille.

Contact CNSA – 66, avenue du Maine 75682 Paris cedex 14 – tél. : 01 53 91 28 00 – fax : 01 53 91 28 82 – www.cnsa.fr
Coordination Émilie Delpit, Florence Condroyer, Annie Sidier Conception graphique meanings Conception du logo CNSA Martin Brunner Associés Photos Olivier Jobard, Sipa Press Impression STIPA

* SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS 2005-2008	6
COMPOSITION DU CONSEIL	8
ORGANIGRAMME	13
CHAP.01 • LE BUDGET	14
Répondre à l'exigence de transparence et de suivi dans l'utilisation des moyens consacrés à l'aide à l'autonomie	
CHAP.02 • LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	24
Financer plus efficacement le développement d'une offre de qualité	
CHAP.03 • ACCUEIL ET ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES	38
Accompagner les maisons départementales des personnes handicapées dans l'exercice de leur mission	
CHAP.04 • AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES	50
Améliorer l'accès aux solutions de compensation pour l'autonomie	
CHAP.05 • RECHERCHE ET INNOVATION	60
Développer la connaissance au service des solutions de demain	
CHAP.06 • LA CNSA	70
Inscrire un nouvel opérateur dans le paysage institutionnel	
CHAP.07 • CONSOLIDER POUR DÉVELOPPER	80
GLOSSAIRE	95

* FAITS MARQUANTS 2005-2008

► Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées (30 JUIN 2004)

Elle institue la CNSA, qui a pour mission de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

► Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (11 FÉVRIER 2005)

Elle modifie et complète les missions de la CNSA et crée les outils qu'elle aura la charge de mettre en œuvre (notamment les PRIAC).

2005

► Installation du Conseil de la CNSA (2 MAI)

En présence du premier président de la Cour des comptes, le Premier ministre lui confie la mission de sanctuariser les crédits issus de la journée de solidarité et de répondre aux insuffisances de pilotage, de suivi et d'évaluation des moyens consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie.

► Première réunion des directeurs de MDPH (DÉCEMBRE)

Elle vient conclure la démarche de co-construction des outils nécessaires à la mise en place des MDPH, conduite avec des représentants des départements et les associations au 2nd semestre. Elle donne lieu à la remise de deux manuels regroupant près de cent outils relatifs aux huit missions des MDPH.

2006

► Signature de la Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA pour 2006-2009 (23 JANVIER)

Son originalité réside dans la délégation de compétence, organisée par l'État en direction de la CNSA pour développer une animation de réseaux avec ses propres services, et dans la fonction d'animation des départements sur le champ de la compensation de la perte d'autonomie, qu'elle précise.

► Première notification des crédits d'assurance maladie aux préfets par la CNSA (15 FÉVRIER)

Cette fonction, précédemment assurée par l'administration centrale, est reprise par la CNSA selon un calendrier plus serré qui doit permettre d'accélérer le rythme des autorisations de places nouvelles.

► Installation du Conseil scientifique (17 MAI)

Il est composé de vingt-deux personnalités, représentants des organismes nationaux de recherche ou personnalités qualifiées, issues de diverses disciplines scientifiques.

► Remontées des premiers PRIAC à la CNSA (MAI)

Créés par la loi de 2005, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dressent les besoins prioritaires de financement d'établissements et de services médico-sociaux. Ils sont élaborés par les préfets de région à partir de la maquette préparée par la CNSA et trois régions pilotes. Ils ont servi d'appui aux orientations de l'ONDAM médico-social 2007 et à la répartition des crédits en février 2007.

► Rapport de la Cour des comptes sur les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA (JUIN)

Demandé par le Premier ministre le 2 mai 2005, il souligne que les nouvelles ressources de la contribution de solidarité profitent bien intégralement aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il retient que la CNSA peut apporter une réelle valeur ajoutée pour promouvoir l'équité territoriale.

► Lancement du premier plan d'aide à la modernisation (AVRIL)

500 M€ d'excédents de l'exercice 2005 sont utilisés de façon non reconductible au soutien à la modernisation des établissements médico-sociaux. Après deux plans exceptionnels, la mission d'aide à l'investissement devient une mission pérenne de la CNSA en 2008.

► Adoption à l'unanimité
du premier rapport annuel (15 OCTOBRE)

Ce premier rapport d'activité, transmis au gouvernement et au Parlement, est adopté à l'unanimité par le Conseil. Il livre ses réflexions relatives à un 5^e risque dédié à une solidarité nouvelle pour compenser la perte d'autonomie. Il prône une démarche de convergence et l'amélioration de la gouvernance du dispositif institutionnel.

► Rencontre des cent départements
pour l'élaboration des conventions d'appui
à la qualité de service (OCTOBRE-DÉCEMBRE)

Prévues par la loi, ces conventions définissent les objectifs de la qualité de service pour les maisons départementales des personnes handicapées. Un entretien approfondi avec chaque conseil général a précédé leur élaboration. Elles ont été signées tout au long de l'année 2007.

► Diffusion d'un suivi financier mensuel (FIN 2006)

Cet outil interne de suivi des données budgétaires et financières est diffusé aux correspondants professionnels de la CNSA, améliorant ainsi la transparence.

2007

► Notification des premières
enveloppes anticipées (FÉVRIER)

Ce nouveau mécanisme permet de notifier par anticipation en année N des enveloppes financières des années suivantes afin d'accélérer les délais de création de places en établissements médico-sociaux. Ce processus, expérimenté fin 2006 sur les crédits 2007, s'est approfondi en 2008.

► Appel à projets national
sur l'aide aux aidants (MARS)

Proposé par la Conférence de la famille de juillet 2006 consacrée aux relations intergénérationnelles, il a été lancé par la CNSA et l'État et a financé quatre-vingt-seize dossiers, pour 2,7 M€.

► Création de l'Observatoire du marché
et des prix des aides techniques (JUIN)

Il réunit les usagers, les professionnels, les industriels et diffuseurs, les organismes d'études et de recherche et les financeurs des aides techniques, avec trois missions : connaître, comprendre et informer.

► Participation à la création
de l'Institut de recherche en santé publique (IRESP)

La participation de la CNSA inscrit la question de l'autonomie au cœur des sujets de santé publique et fait reconnaître son rôle en matière de soutien à la recherche.

► Le deuxième rapport annuel de la CNSA

(16 OCTOBRE)

Dans le prolongement de sa réflexion de 2006, le Conseil y précise les principes et les contours d'un nouveau droit universel relatif à l'accès à l'autonomie dans les gestes de la vie courante et la participation à la vie sociale. Il a cherché les points de compromis possibles entre ses membres et voulu identifier les orientations faisant débat.

2008

► Ouverture du site des aides techniques
de la CNSA (MARS)

Le portail internet www.aides-techniques-cnsa.fr créé par la CNSA permet l'accès aux professionnels comme aux usagers à l'information sur les aides techniques, fournie par diverses bases de données partenaires.

► Publication du guide d'évaluation
des besoins de compensation
des personnes handicapées (GEVA) (6 FÉVRIER)

Le GEVA devient obligatoire pour l'évaluation des besoins des personnes conduite par les MDPH. La CNSA a apporté toute son expertise à son élaboration conformément à sa mission légale.

► Présentation au Conseil de la CNSA
des orientations du gouvernement
sur la création du 5^e risque (28 MAI)

Ces orientations présentées par Xavier Bertrand et Valérie Létard, sont issues des engagements présidentiels, des priorités du gouvernement, des propositions formulées par les membres du Conseil de la CNSA et des travaux parlementaires en cours. Elles sont soumises à la concertation organisée avec l'ensemble des acteurs.

► La CNSA membre de la Fondation de
coopération scientifique Alzheimer (27 JUIN)

Membre fondateur, la CNSA apporte son expertise et ses moyens au développement de la recherche en sciences humaines et sociales au service d'un meilleur accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

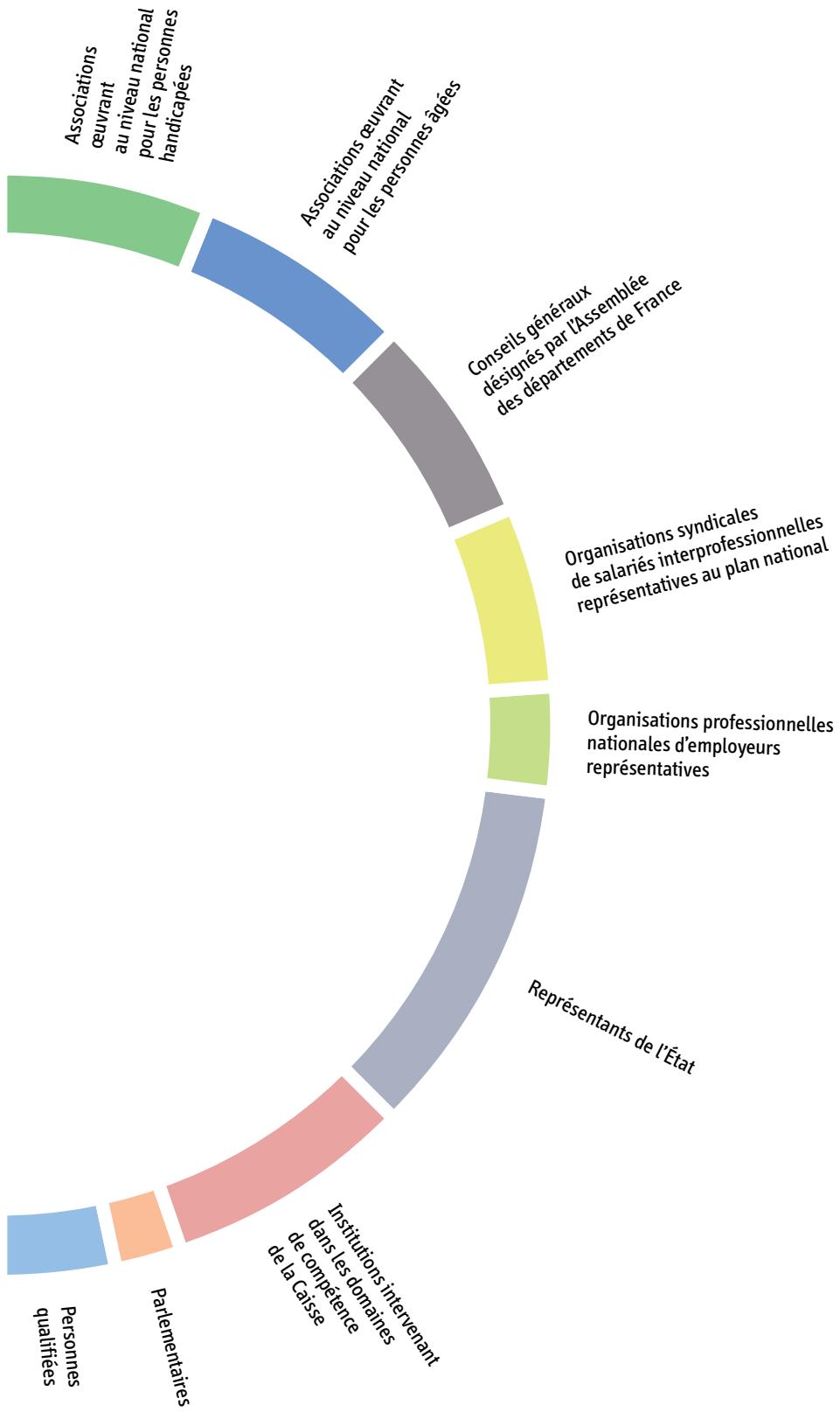
► Convention avec l'Assemblée
des départements de France (30 SEPTEMBRE)

Elle organise la collaboration entre la CNSA et l'ADF relative aux missions des MDPH, à l'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, aux concours financiers aux départements.



COMPOSITION DU CONSEIL

48 membres



Composition du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au 14 octobre 2008

Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ainsi que leurs six suppléants.

● Jérémie Boroy

Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs.

Suppléant : Louis Bonet

Groupeement pour l'insertion des personnes handicapées physiques.

● Jean Canneva

Union nationale des amis et familles de malades mentaux.

Suppléant : Henri Faivre

Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés.

● Philippe Chazal

Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes.

Suppléant : Jean-Claude Cunin

Association française contre les myopathies.

● Jean-Marie Barbier

Association des paralysés de France (vice-président du Conseil).

Suppléant : Arnaud de Broca

Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.

● Régis Devoldère

Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales.

Suppléante : Michèle Baron

Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux.

● Fernand Tournan

Association pour adultes et jeunes handicapés.

Suppléante : Régine Clément

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

Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ainsi que leurs six suppléants.

● Pascal Champvert

Association des directeurs au service des personnes âgées.

Suppléante :

Marie-Béatrice Levaux

Fédération nationale des particuliers employeurs.

● Janine Dujay-Blaret

Fédération nationale des clubs d'afins ruraux (vice-présidente du Conseil).

Suppléant : Paul Maloisel

Fédération nationale des associations de retraités.

● André Flageul

Union nationale des associations de soins et de services à domicile.

Suppléant : Thierry d'Aboville

Association d'aide à domicile en milieu rural.

● Benoît Jayez

Union confédérale des retraités – Force ouvrière.

Suppléante : Marie Rozet

Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat.

● Guy Le Rochais

Association France-Alzheimer.

Suppléant : Didier Sapy

Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées.

● Dr Jean-Marie Vetal

Syndicat national de gériatologie clinique.

Suppléant : Pr Robert Moulias

Association Allô maltraitance personnes âgées.

Six représentants des conseils généraux désignés, ainsi que leurs six suppléants, par l'Assemblée des départements de France.

● **Bernard Cazeau**

Sénateur, président du Conseil général de la Dordogne.
Suppléante : Gisèle Stievenard
 Vice-présidente du Conseil de Paris.

● **Yves Daudigny**

Président du Conseil général de l'Aisne.
Suppléant : Jean-Yves Gouttebel
 Président du Conseil général du Puy de Dôme.

● **Jean-Noël Cardoux**

Vice-président du Conseil général du Loiret.
Suppléant : Emmanuel Hoarau
 Vice-président du Conseil général de La Réunion.

● **Philippe Juvin**

Vice-président du Conseil général des Hauts de Seine.
Suppléant : Bruno Belin
 Vice-président du Conseil général de la Vienne.

● **Gérard Roche**

Président du Conseil général de Haute Loire.
Suppléant : Jean-Louis Lorrain
 Vice-président du Conseil général du Haut Rhin.

● **Jean-Louis Tourenne**

Président du Conseil général d'Ille et Vilaine.
Suppléant : Michel Boutant
 Président du Conseil général de la Charente.

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

● **Gérard Fradet**

Confédération générale du travail.
Suppléante : Isabelle Fortier
 Confédération générale du travail.

● **Yves Vérollet**

Confédération française démocratique du travail.
Suppléante : Anne-Marie Brisbois
 Confédération française démocratique du travail.

● **Jean-Marc Bilquez**

Confédération générale du travail – Force ouvrière.
Suppléant : Mathias Riboh
 Confédération générale du travail – Force ouvrière.

● **Jean-Pierre Samurot**

Confédération française des travailleurs chrétiens.
Suppléante : Danièle Carbonel
 Confédération française des travailleurs chrétiens.

● **Danièle Karniewicz**

Présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.
Suppléante : Solange Morgenstern
 Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.

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

● **Muriel Carroll**

Mouvement des entreprises de France.
Suppléante : Agnès Canarelli
 Fédération française des sociétés d'assurances.

● **Henri Lesaule**

Confédération générale des petites et moyennes entreprises.
Suppléant : Patrice Combarieu
 Confédération générale des petites et moyennes entreprises.

● **Roselyne Lecoultrre**

Union professionnelle artisanale.
Suppléant : Marcel Lesca
 Union professionnelle artisanale.

Dix représentants
de l'État.

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

Parlementaires.

- **Jean-Jacques Tregotat**
Directeur général de l'action sociale.
- **Dominique Libault**
Directeur de la sécurité sociale.
- **Philippe Josse**
Directeur du budget.
- **Jean-Louis Nembrini**
Directeur de l'enseignement scolaire.
- **Bertrand Martinot**
Délégué général à l'emploi
et à la formation professionnelle.
- **Annie Podeur**
Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins.
- **Pr Didier Houssin**
Directeur général de la santé.
- **Jean-Marie Bertrand**
Secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales.
- **Edward Jossa**
Directeur général
des collectivités locales.
- **Patrick Gohet**
Délégué interministériel
aux personnes handicapées.

- **Michelle Dange**
Fédération nationale
de la mutualité française.
Suppléante : Isabelle Millet
Fédération nationale
de la mutualité française.
- **Alain Villez**
Union nationale interfédérale
des œuvres et organismes privés
non lucratifs sanitaires et sociaux.
Suppléant : Johan Priou
Union nationale interfédérale
des œuvres et organismes privés
non lucratifs sanitaires et sociaux.
- **Christian Möller**
Fédération hospitalière de France.
Suppléante : Andrée Barreteau
Fédération hospitalière de France.
- **Yves-Jean Dupuis**
Fédération des établissements
hospitaliers et d'assistance
privés à but non lucratif.
Suppléante : Marine Darnault
Fédération des établissements
hospitaliers et d'assistance
privés à but non lucratif.
- **Gérard Pelhate**
Mutualité sociale agricole.
Suppléant : Jean-François Belliard
Mutualité sociale agricole.
- **Yves Journel**
Syndicat national
des établissements et résidences
privées pour personnes âgées.
Suppléante :
Florence Arnaiz-Maumé
Syndicat national
des établissements et résidences
privées pour personnes âgées.

- **Françoise Nouhen**
Union nationale des centres
communaux d'action sociale.
Suppléant : Daniel Zielinski
Union nationale des centres
communaux d'action sociale.

- **Jean-François Chossy**
Député de la Loire.
- **André Lardeux**
Sénateur de Maine et Loire.

Trois personnalités
qualifiées.

- **Pr Michel Borgetto**
Université Panthéon Assas, Paris II.
- **Alain Cordier**
Inspecteur général des finances
(président du Conseil).
- **Pr Alain Franco**
Gériatre, Centre hospitalier
universitaire de Grenoble.



Les membres du Conseil scientifique de la CNSA

(L'arrêté de nomination des membres du Conseil scientifique est paru le 23 janvier 2006.)

Personnalités nommées par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

Charles Aussilloux

Pédopsychiatre, PU-PH, chef de service, responsable du centre de ressources régional sur l'autisme de la région Languedoc Roussillon.

Jean-Yves Barreyre

Sociologue, directeur du Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale et de la délégation ANCREAI Île de France.

Philippe Denormandie

Chirurgien orthopédiste, PU-PH, Hôpital Raymond Poincaré à Garches, groupe Korian.

Alain Grand

Médecin PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie – épidémiologie et sociologie du vieillissement – Toulouse.

Marie-Ève Joël

Économiste, professeure d'université à Paris Dauphine, directrice du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (vice-présidente du Conseil scientifique).

Geneviève Laroque

Présidente de la Fondation nationale de Gérontologie.

Bernadette Puijalon

Anthropologue, Université Paris XII.

Jean-François Ravaud

Médecin, directeur de recherche INSERM – épidémiologie sociale – directeur de l'IFR 25 – Réseau Fédératif de Recherche sur le Handicap – Centre de Recherche Médecine et Sciences Sociale (CERMES).

Jean-Marie Robine

Économiste INSERM – démographie et santé – président du comité de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population longévité et santé.

Gérard Saillant

Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PU-PH, président de l'Institut du cerveau et de la moëlle épinière (président du Conseil scientifique).

Membres représentant un ministère ou un organisme.

Nicole Roth

Sous-directrice de l'Observatoire de la solidarité représentant la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé).

Antoine Magnier

Directeur de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité).

Chantal Brutel

Chef du bureau des études statistiques sur l'enseignement scolaire – direction de l'évaluation et de la prospective – représentant le ministère de l'Éducation nationale.

Jacques Duchêne

Représentant le ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche.

Stéphane Jugnot

Chef de la division des enquêtes et études démographiques de l'INSEE, représentant l'INSEE (ministère de l'Économie).

Michel Busnel

Médecin, directeur de centre de rééducation fonctionnelle de Kerpape (Morbihan), représentant la Société française

de médecine physique et de réadaptation.

Emmanuelle Cambois

Démographe, représentant l'Institut national des études démographiques.

Isabelle Ville

Représentant l'INSERM, psychosociologue.

Régis Gonthier

Médecin PU-PH, médecine interne et gériatrie – Faculté de médecine de Saint-Étienne – représentant la Société française de gériatrie et de gérontologie.

Bernard Bioulac

Médecin PU-PH, directeur scientifique adjoint auprès de la direction générale du CNRS, directeur de l'Institut de neurosciences de Bordeaux représentant le CNRS.

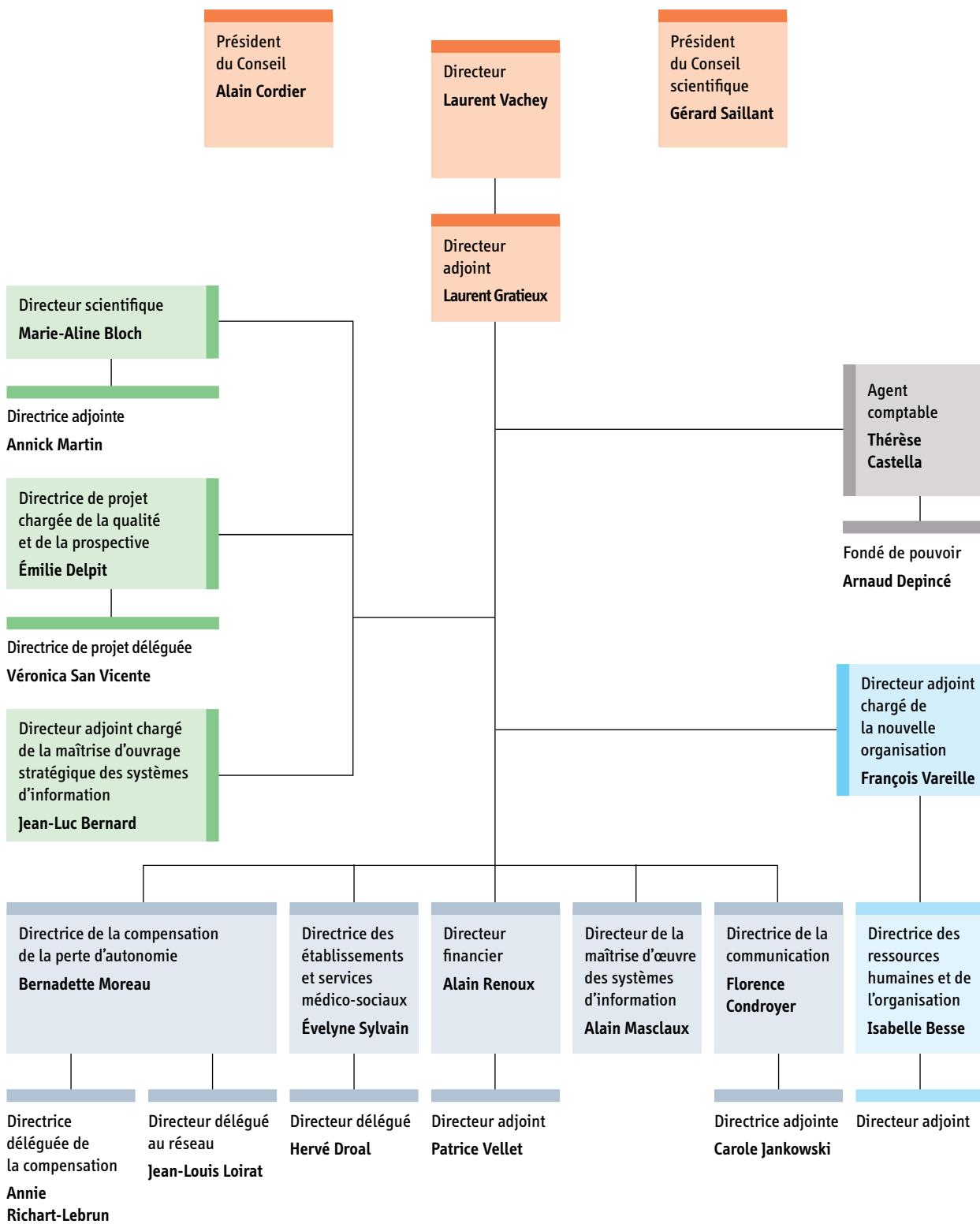
Claudine Parayre

Représentant l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.



ORGANIGRAMME

au 1^{er} décembre 2008



01

CHAP.



* LE BUDGET

**Répondre à l'exigence de transparence
et de suivi dans l'utilisation des moyens
consacrés à l'aide à l'autonomie**

*** Éléments de synthèse sur le budget 2008** 16

Des déficits prévisionnels en trompe-l'œil

La part de la CNSA dans le financement des prestations versées par les départements

L'augmentation de la contribution au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Une participation importante au plan Alzheimer

*** L'amélioration de la compréhension de la dépense** 20

Le suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie dédiés aux établissements et services médico-sociaux

Les analyses économiques et financières relatives aux dépenses d'APA et de PCH

La contribution au pilotage financier des MDPH

Le budget de la CNSA porte trois grandes ambitions, à l'origine de la création de la Caisse :

- retracer une part essentielle des ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, en ajoutant aux ressources propres de la CNSA les crédits ouverts par le vote de l'ONDAM médico-social;
- garantir à l'euro près la destination de la contribution supplémentaire créée en 2004 et, au-delà, tous les crédits qu'elle gère;
- et s'assurer du respect de la formule prononcée sur les fonts baptismaux de la Caisse : « la CNSA en plus et non à la place de ».

Depuis trois ans, la mise en place de processus de suivi et la diffusion d'indicateurs sont devenus les leviers de l'égalité de traitement. Ils permettent une véritable responsabilisation des acteurs locaux et un débat public de qualité au Conseil de la CNSA.

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la Caisse en six sections distinctes, correspondant à chacune de ces missions, précise les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles. En outre, trois sections sont subdivisées en sous-sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées).

- **Section I** : financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (I-I : personnes handicapées – I-II : personnes âgées).
- **Section II** : concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- **Section III** : concours aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
- **Section IV** : financement des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services.
- **Section V** : autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie.
- **Section VI** : frais de gestion de la Caisse.

Le budget adopté pour 2008 comporte un certain nombre de caractéristiques sur lesquelles il convient de s'arrêter, une présentation plus détaillée des ressources et leur emploi pour

chacune des sections pour 2008 et 2009 étant disponible en annexe.

Par ailleurs, sont présentés les premiers résultats significatifs des travaux conduits par la CNSA pour suivre l'utilisation des crédits jusqu'au destinataire final.

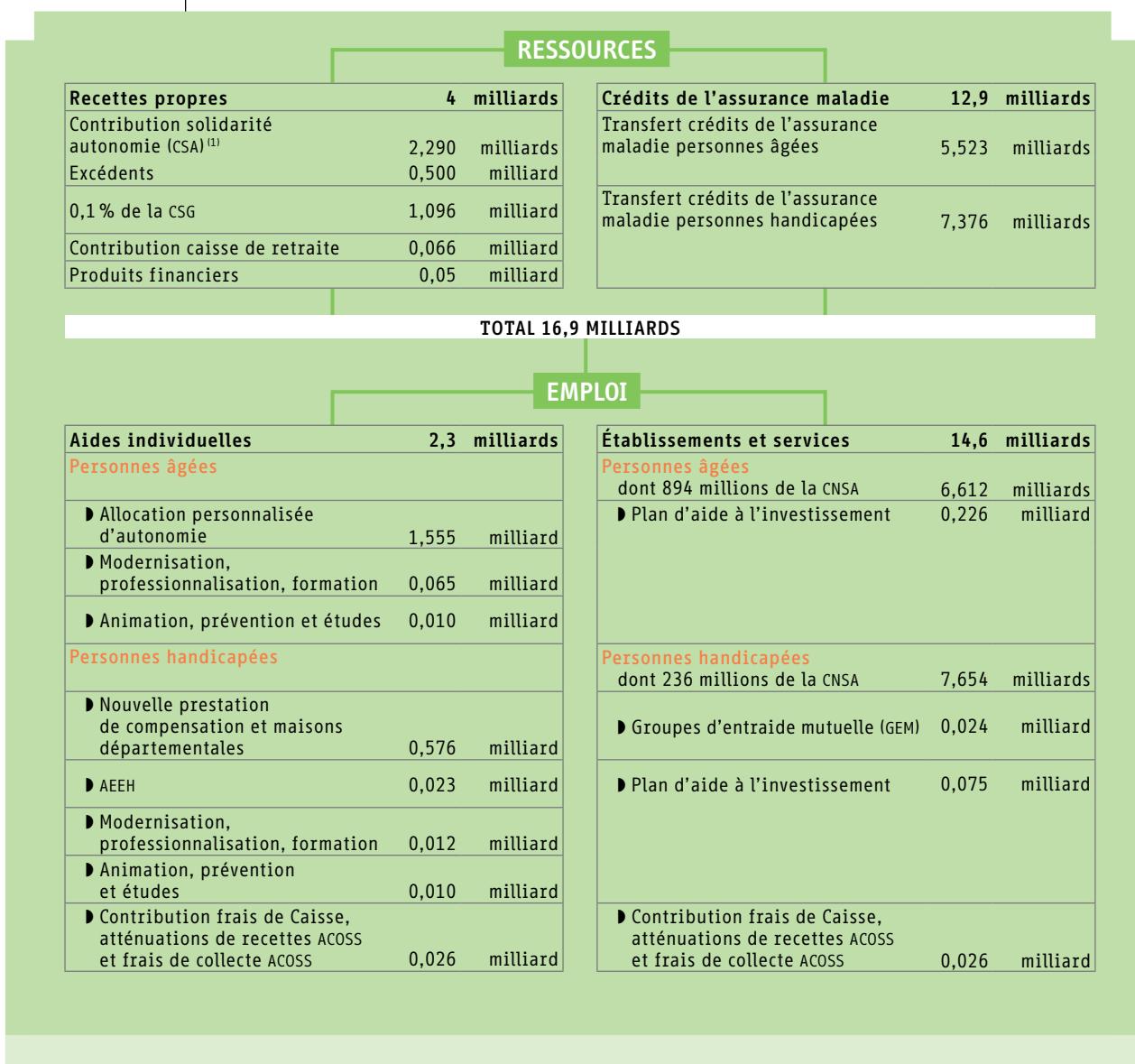
* Éléments de synthèse sur le budget 2008

Le budget 2008, fixé à 17,2 Md€ (montant rectifié par le Conseil du 1^{er} juillet 2008), comportant 300 M€ de reprise de provision qui ne figurent pas dans le tableau page ci-contre, est en augmentation de 14,5% par rapport au budget exécuté 2007, les deux tiers de cette évolution portant sur les dépenses des établissements et services du secteur médico-social.

Des déficits prévisionnels en trompe-l'œil

La construction du budget 2008 fait apparaître un résultat déficitaire prévisionnel de 505 M€, pour l'essentiel sur le financement des établissements pour personnes âgées (section I-II) et sur le financement du plan d'aide à l'investissement pour les établissements médico-sociaux (section V). Ces déficits correspondent à des dépenses dont le financement doit être assuré par les excédents des exercices antérieurs. Depuis sa création, la CNSA produit en effet chaque année des excédents sur les sections I, IV et V.

SCHÉMA GÉNÉRAL DES RESSOURCES ET DES EMPLOIS DE LA CNSA EN 2008 (en euros)



(1) L'EMPLOI DE LA CONTRIBUTION SOLIDARITÉ AUTONOMIE : 2,290 MILLIARDS RÉPARTIS EN 2008

60 % pour les personnes âgées	
► 40 % pour la prise en charge collective	916 millions
► 20 % pour les aides individuelles (APA)	458 millions

40 % pour les personnes handicapées	
► 14 % pour la prise en charge collective	321 millions
► 26 % pour les aides individuelles (prestation de compensation et MDPH)	595 millions

La section I est la principale productrice d'excédents, en raison de son importance relative dans le budget de la Caisse (83 %) et des mécanismes budgétaires qui lui sont liés. Au titre de cette section, la CNSA attribue aux préfets de département des enveloppes destinées à financer le fonctionnement des établissements et des services. Une partie de ces enveloppes correspond à des mesures nouvelles, en particulier le financement de la création de places nouvelles dans le cadre des plans nationaux (plan Solidarité grand âge, plan Alzheimer,...).

Le versement des crédits correspondant aux établissements est subordonné à l'ouverture effective de ces nouvelles places, elle-même conditionnée par la durée des travaux et le délai de recrutement et de formation des personnels, et il peut s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années entre la notification des crédits au préfet et la réalisation de la dépense, se traduisant par une sous-consommation des enveloppes financières. En ce qui concerne les crédits de médicalisation des établissements pour personnes âgées, le phénomène est similaire : ils ne peuvent être consommés que lorsque les conventions ont été signées par l'État, le conseil général et le gestionnaire de l'établissement, ce qui est souvent long.

Avant la création de la CNSA, les excédents ainsi produits restaient dans les comptes de l'assurance maladie et pouvaient servir à compenser des déficits sur d'autres catégories de dépenses. Désormais, ils sont isolés dans les comptes de la Caisse, provoquant une forte prise de conscience de l'ensemble des acteurs. C'est pourquoi la CNSA a développé des travaux de suivi de ces crédits (*décris infra*) visant à mieux comprendre le processus de dépenses, depuis la notification des crédits jusqu'au versement de la caisse d'assurance maladie à l'établissement ; des procédures visant à anticiper et à accélérer les réponses ont par ailleurs été mises en place (*cf. chapitre 2*).

Une importante partie de ces excédents, reportés sur la section V, ont financé dès 2006 des plans d'aide à la modernisation puis à l'investissement (2008) des établissements médico-

sociaux (500 M€ en 2006 ; 185 M€ en 2007 ; 300 M€ en 2008).

En 2008, une fraction des réserves (200 M€) a également été utilisée, pour la première fois, pour abonder l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, c'est-à-dire pour financer le fonctionnement de ces établissements.

En ce qui concerne les établissements pour personnes handicapées, l'ONDAM a également bénéficié d'un apport supplémentaire de la CNSA en 2008, financé dans ce cas par l'affectation d'une fraction plus importante du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA), passée de 12,74 % à 14 %.

La part de la CNSA dans le financement des prestations versées par les départements

Grâce à l'augmentation mécanique de la CSA et de la CSG ainsi qu'à la forte augmentation des produits financiers, les concours apportés aux départements à travers les sections II et III du budget de la Caisse sont en augmentation régulière.

Toutefois, la charge des prestations versées par les départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) connaissant une croissance soutenue, le « taux de couverture » national (rapport entre les concours de la CNSA et le montant des prestations versées) devrait diminuer légèrement :

- ▶ pour l'APA, ce taux devrait passer de 33,2 % en 2007 à environ 32,4 % en 2008 (avec une hypothèse d'augmentation des dépenses d'APA de 5,4 %) ;
- ▶ pour la PCH, la diminution est plus rapide, en raison du changement de rythme de croissance : en 2006 et 2007, en l'absence de plafonnement du concours de la CNSA et du démarrage relativement lent de la prestation, le taux de couverture a été très supérieur à 100 % (191 % en 2007) ; en 2008, en revanche, la montée en puissance de la PCH pourrait faire apparaître un taux de couverture proche de 100 %.



AIDE À L'AUTONOMIE

L'ensemble des réponses, financières ou non, pouvant être apportées à toute personne, quel que soit son âge, pour compenser ses limitations d'activité, c'est-à-dire les impossibilités ou les difficultés durables à accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de la participation à la vie sociale.

L'augmentation de la contribution au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

La CNSA contribue au fonctionnement des MDPH à travers la section III de son budget, qui finance la PCH, pour un montant fixé par son Conseil. Dans le souci constant d'adapter l'aide financière aux besoins, l'aide pérenne a été accrue de 10 M€ pour être portée à 30 M€ en 2007; une aide supplémentaire, exceptionnelle et non reconductible, de 20 M€ a été apportée la même année.

En 2008, le concours pérenne aux MDPH a été fixé par le Conseil du 1^{er} juillet à 45 M€ au vu de l'augmentation de leurs charges permanentes.

Une participation importante au plan Alzheimer

Le plan « Alzheimer et maladies apparentées – 2008-2012 » associe la CNSA à de nombreuses mesures. Annoncé le 1^{er} février par le Président de la République, il a conduit le Conseil à adopter un budget rectificatif le 1^{er} avril, de manière à permettre la mise en œuvre d'un plan d'aide à l'investissement de 180 M€ pour les établissements pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui prévoit en particulier la création d'unités spécifiques. Le montant du plan d'aide à l'investissement, financé sur la section V du budget, a donc été porté à 300 M€ : 225 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées (dont 180 M€ au titre du plan Alzheimer) et 75 M€ en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

À noter que la section V porte le financement d'autres mesures significatives du plan, comme l'expérimentation des maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), pour un montant prévisionnel de 2,5 M€ par an pendant trois ans.

* L'amélioration de la compréhension de la dépense

Crée par la loi du 30 juin 2004, la CNSA n'a véritablement assumé la responsabilité de sa gestion financière qu'un an plus tard, lorsque la

mission de « gestion à titre transitoire » confiée au Fonds de solidarité vieillesse s'est achevée.

La mise en place des règles et procédures indispensables à son fonctionnement a pu être réalisée dès 2006, en particulier la collecte des données nécessaires à l'application des critères fixés par les décrets du 22 décembre 2004 pour l'APA et du 19 décembre 2005 pour la PCH pour répartir les concours entre les conseils généraux. La CNSA a la mission d'actualiser tous les ans les neuf critères utilisés et doit pour cela travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires, notamment l'INSEE et la Direction générale des finances publiques.

À partir de 2007, les relations avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'un côté et les régimes d'assurance maladie de l'autre ont fait l'objet d'un travail approfondi, se traduisant par la conclusion de conventions financières destinées à adapter et à stabiliser les règles de versement et d'échange d'informations nécessaires pour l'élaboration du budget et la clôture des opérations financières.

La première véritable clôture des comptes de la CNSA, réalisée début 2007 pour l'exercice 2006, a concrétisé l'aboutissement de la première phase de création de la fonction budgétaire et financière.

Les travaux se sont plus encore concentrés, depuis, sur l'amélioration de la compréhension et du suivi de la dépense, à travers trois importants chantiers.

Le suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie dédiés aux établissements et services médico-sociaux

Depuis 2006, la CNSA centralise et assure l'équilibre du financement des établissements et services du secteur médico-social, notamment en retraçant dans ses comptes l'intégralité des dépenses constatées à ce titre par les régimes d'assurance maladie.

Dans le cadre de l'arrêté des comptes de la CNSA, chaque régime d'assurance maladie notifie à la Caisse le montant de ses dépenses entrant dans

le champ de financement de celle-ci, détaillé par type de population (personnes âgées ou handicapées) et par catégorie d'établissements et services. Un processus d'analyse et d'échange, formalisé dans les conventions d'échange d'informations conclues avec les régimes, a permis d'affiner et de fiabiliser le champ des dépenses financées par la CNSA.

Le premier objectif des démarches de suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie est donc d'assurer la sincérité de la gestion financière de la CNSA. L'enjeu est de disposer d'une information de qualité, disponible le plus rapidement possible, de manière à anticiper la clôture des comptes et à sécuriser le dispositif.

Est venu s'ajouter un deuxième objectif : celui de mesurer l'effectivité des moyens financiers engagés.

Pour la CNSA, l'enjeu est double :

- **mesurer les inégalités territoriales** qu'elle a la mission de réduire à travers une analyse par type de structure, par région et par département, et la production d'indicateurs physiques (taux d'équipement) et financiers (dépense en euros par habitant) ;
- **comprendre et expliquer** l'origine de la sous-consommation des enveloppes de financement de mesures nouvelles (*cf. supra*).

À cette fin, deux processus complémentaires ont été mis en place :

- **le suivi des versements** des caisses locales d'assurance maladie est assuré depuis 2007 à partir des remontées de l'Agence comptable de la CNAMTS. Ces informations font désormais partie « du suivi financier » (*cf. encadré ci-dessous*). La réalisation de ce suivi implique un travail commun avec la CNAMTS pour collecter les données brutes, les corriger d'éventuelles approximations et erreurs d'imputation, les ventiler par département, et les compléter des données d'autres régimes d'assurance maladie. Les premières restitutions de ces travaux ont été livrées à la fin 2007. La modélisation de la consommation permet de dessiner à partir des résultats du premier semestre de l'année le profil de l'année, d'anticiper des risques de sous ou sur-consommation des enveloppes nationales et d'orienter les choix réalisés dans le cadre de la construction des objectifs de dépenses de l'année suivante. La précision de ce suivi est une exigence fondamentale pour la CNSA qui, le cas échéant, devrait supporter seule un éventuel dépassement de l'objectif global de dépenses (OGD) ;
- **le suivi des engagements**, à travers une enquête, mise en place pour le secteur des personnes handicapées par la DGAS, reprise par la CNSA en 2006 et étendue au secteur des personnes âgées. Cette enquête permet de disposer au

TROIS ANS D'ACTION

Le suivi financier mensuel : un outil innovant

La CNSA s'est dotée d'un outil interne de suivi et de diffusion des données budgétaires et financières, qui constitue également un vecteur de communication de l'information financière auprès de ses principaux partenaires.

Produit tous les mois depuis fin 2006, il a vu son contenu et sa diffusion s'élargir progressivement.

Contenu : état de l'exécution du budget, suivi détaillé des principaux financements de la Caisse, synthèse des évolutions des dépenses financées sur plusieurs exercices, profil de trésorerie et analyse des placements opérés et de leur rendement.

Diffusion : réservée en phase de mise en place aux membres du Conseil et aux correspondants professionnels de la CNSA, elle a été élargie en 2008 à tous les publics intéressés, notamment au secteur associatif de la perte d'autonomie.

GESTION DE TRÉSORERIE ET POLITIQUE DE PLACEMENT

La gestion de la trésorerie de la CNSA s'est développée depuis le dernier trimestre 2007 autour de cinq axes majeurs.

- 1/ **Un suivi quotidien des flux financiers**, en complément du suivi mensuel de trésorerie qui existe depuis fin 2006. Il doit garantir la liquidité et la sécurité des transactions.
- 2/ **Des prévisions de trésorerie au jour le jour**, afin d'anticiper le solde quotidien de son compte bancaire et d'optimiser ses placements, en volume et en durée.
- 3/ **Des échanges avec les partenaires financiers**, notamment la recette générale des finances et l'ACOSS, pour améliorer l'efficacité et la performance de la gestion de trésorerie et étudier la possibilité d'une diversification des instruments de placement.
- 4/ **La participation aux réunions de conjoncture organisées par ses partenaires financiers**. Car l'optimisation des produits financiers résultant des placements en titres de créance négociables est étroitement liée à l'évolution des principaux indicateurs de l'économie française, notamment en matière de taux.
- 5/ **L'animation d'un comité interne de conjoncture sur les placements**, pour parvenir à une vision partagée de la politique de placement menée au regard de ses prévisions de trésorerie et des anticipations sur l'évolution des taux.

mois de septembre des réalisations du premier trimestre de l'année, et au mois de mars de l'année suivante des réalisations du deuxième semestre. En 2008, cette enquête devient annuelle. Elle permettra de dresser un bilan de l'année précédente dès le mois de mars suivant, pour la première réunion du Conseil de la CNSA. Cette enquête permet d'assurer la traçabilité budgétaire des crédits notifiés année par année, à travers le suivi de la séquence notification-autorisation-installation (*cf. graphique p. 28*).

Le rapprochement de ces deux séries de données permet d'expliquer une partie des sous-consommations. Il fait aussi apparaître des vérités assez fortes : par exemple, les disparités de dépenses entre régions et départements s'expliquent davantage par des disparités d'équipement que par des écarts de coûts entre structures.

Les résultats de ces enquêtes sont restitués, en même temps que les notifications de crédits, aux préfets de région et de département sous forme graphique et cartographique et complétés d'indicateurs de pilotage tels que le niveau de consommation des dotations de l'année N-1, pour constituer des instruments d'aide à la décision. Par exemple, la connais-

sance d'une sous-consommation des crédits alloués précédemment doit permettre aux services de faire porter leurs efforts sur la programmation et la recherche de promoteurs capables de mener à bien les projets de création de structures. De même, la répartition des dotations pour l'année 2008 a été l'occasion pour le directeur de la CNSA de rappeler à chaque région ses taux d'autorisation et d'installation de places nouvelles, qui sont les marqueurs de la capacité à concrétiser dans des délais raisonnables la réalisation des plans gouvernementaux.

L'objectif essentiel pour 2008/2009 est de concevoir et de rendre opérationnel un outil sécurisé et partagé permettant de constituer et de gérer une base de données pluriannuelles pour suivre la réalisation de l'OGD et l'évolution des enveloppes personnes âgées/personnes handicapées aux niveaux départemental, régional et national.

Les analyses économiques et financières relatives aux dépenses d'APA et de PCH
Après un premier chantier consacré, en 2007, à la vérification et à la consolidation des données d'APA et de PCH utilisées dans la répartition des concours en lien avec la direction générale de la comptabilité publique, la CNSA a pu commencer

à approfondir sa compréhension de la dynamique de la dépense dans le champ des prestations qu'elle cofinance.

Un exercice de projection des dépenses d'APA et de PCH, réalisé dès fin 2007, a prévu une montée en charge rapide de la PCH pour la fin 2007 et pour 2008, en contraste très net avec le démarrage lent de 2006, ainsi que la poursuite de l'augmentation, à un rythme plus rapide que prévu initialement, des dépenses d'APA.

Ce travail récurrent de prévision est complété par des analyses plus ponctuelles. Une étude sur des données individuelles de bénéficiaires de l'APA s'est ainsi attachée à identifier les parcours dans les différents états de la perte d'autonomie.

Ces travaux donnent lieu à trois types de restitution :

- ils viennent tout d'abord alimenter le suivi financier mensuel (*cf. encadré p. 21*) ;
- ils sont diffusés aux membres du nouveau comité de conjoncture APA/PCH, mis en place en juin 2008, qui réunit trois fois par an les administrations et organismes engagés dans une meilleure compréhension de ces deux prestations. L'approche est multiple : économique, technique, statistique et comptable ; elle vise à fiabiliser les prévisions à travers le partage de connaissances et de points de vue ;
- l'expertise technique de la CNSA vient, enfin, appuyer les travaux prospectifs des administrations centrales de l'État, que ce soit pour fiabiliser les prévisions de dépenses, réaliser des simulations sur la répartition des concours de la CNSA ou nourrir la réflexion gouvernementale sur la création d'un nouveau champ de protection sociale (*cf. dernier chapitre du rapport 2007*).

La contribution au pilotage financier des MDPH

Les budgets des GIP MDPH *stricto sensu* ne donnent pas une lecture complète des ressources mobilisées et des coûts de fonctionnement. On constate un décalage important entre les apports effectifs des contributeurs, notamment de personnels, et ce qui est retracé dans les comptes.

Le Conseil de la CNSA a exprimé en juillet 2007 son souhait de pouvoir disposer d'éléments significatifs sur le niveau des dépenses de fonctionnement des MDPH pour déterminer le montant d'une participation financière efficiente. Cette demande a rejoint les besoins des conseils généraux en matière de pilotage financier de leur MDPH et de comparaison interdépartementale.

Dans le cadre d'un travail partenarial avec plusieurs départements et leur MDPH ainsi qu'avec les services de l'État et les autres contributeurs financiers, les équipes de la CNSA ont développé une maquette de présentation consolidée des budgets et comptes administratifs, validée en février 2008. Il s'agit d'un outil non normatif, qui n'a pas valeur de document comptable ou budgétaire mais qui permet une présentation globale des coûts, faisant apparaître leur constitution et leur structure et les différentes sources de financement (incluant les différents apports en nature : personnels et services mis à disposition), et fournit des ratios de référence.

Envoyée fin mars 2008 à tous les départements, cette maquette a pu donner lieu à une étude des coûts 2007 des MDPH présentée au Conseil de la CNSA du 1^{er} juillet 2008, à partir des données de trente-quatre départements. C'est sur cette base qu'a été prise la décision de porter l'aide pérenne à 45 M€ à partir de 2008.

02

CHAP.



* LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

**Financer plus efficacement le développement
d'une offre de qualité**

* De la programmation des besoins à la réalisation des plans : un cycle au service de réponses plus rapides et plus adaptées	26
Des PRIAC ancrés dans la pluriannualité budgétaire avec la mise en place des enveloppes anticipées, au service d'une accélération des réalisations	
Des plans nationaux construits à partir d'une synthèse des PRIAC	
Une démarche complémentaire d'appréciation des besoins : les études nationales sur le vieillissement des personnes handicapées et le handicap rare	
Le suivi des réalisations à l'appui de la réduction des écarts territoriaux	
Une articulation de l'exercice de programmation avec les schémas départementaux à parfaire	
* Mieux comprendre le coût et l'activité des structures dans un objectif d'équité et de qualité des réponses	32
L'analyse de la constitution des coûts dans les établissements et services	
Des études relatives à l'activité pour améliorer le service offert aux usagers	
* L'aide à la transformation et à l'adaptation du secteur médico-social	34
La professionnalisation des personnels en établissements et services médico-sociaux	
Le soutien à l'investissement pérennisé	
L'accompagnement des transformations comme perspective	

Les établissements et services médico-sociaux apportent une réponse aux personnes âgées ou handicapées, en leur offrant un mode d'accompagnement de la perte d'autonomie, et ils entrent, avec les autres aides à l'autonomie, dans le nouveau champ de protection sociale. La CNSA a la responsabilité des quelque 14 Md€ qui financent le fonctionnement de ceux à la charge de l'assurance maladie, crédits qui sont votés tous les ans par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale et inscrits dans ses comptes. Elle assure ainsi une gestion déléguée de ces crédits d'assurance maladie et s'est attachée à se doter d'instruments à la hauteur de cette mission.

De nouveaux processus et outils ont vu le jour depuis trois ans. Ils n'ont qu'un objectif : rendre non seulement plus performante la gestion publique (il s'agit de « faire bien les choses »), mais plus encore s'assurer de la pertinence des objectifs poursuivis par la politique publique (il s'agit de « faire les bonnes choses »); se doter de meilleures informations sur les besoins et les situations locales pour mieux programmer les priorités et les moyens, notamment en matière de développement de l'offre de services; élaborer des outils plus « intelligents » de régulation de la dépense publique pour finaliser un jeu de procédures et de règles permettant de faire au mieux avec les moyens votés par le Parlement; s'assurer de la mise en œuvre des programmations et des plans nationaux et être capable d'en rendre compte; étudier le service rendu aux personnes accueillies pour s'assurer des adaptations nécessaires de l'offre et de l'amélioration de la qualité.

Au final, un impératif : observer, mesurer et prévoir, pour mieux comprendre et agir!

* **De la programmation des besoins à la réalisation des plans : un cycle au service de réponses plus rapides et plus adaptées**

La CNSA a la responsabilité de la répartition en enveloppes régionales limitatives des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées financés en tout ou partie par l'assurance maladie et relevant de la compétence de l'État, avec en particulier l'objectif de veiller à l'équité territoriale. La délégation de cette compétence, qui relevait précédemment des administrations de l'État au niveau national, s'est accompagnée de la création d'un nouvel outil de programmation régional, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). La CNSA s'est attachée,

avec le concours de services déconcentrés, à définir le processus et à accompagner l'appropriation de ce nouvel instrument par les services de l'État aux niveaux régional et départemental dès 2006.

C'est ainsi qu'a été mise en place une procédure budgétaire innovante liant recensement des besoins prioritaires à travers les PRIAC et allocation des crédits de l'ONDAM jusqu'au niveau départemental : la CNSA procède à une répartition régionale des enveloppes budgétaires de mesures nouvelles de créations de places (sur la base de critères délibérés par son Conseil); elle répartit, au sein de ces enveloppes régionales, les dotations départementales de créations de places sur la base des priorités exprimées dans le PRIAC par le préfet de région. La CNSA, dans son dialogue avec les préfets, favorise la résorption des inégalités interrégionales et entre les départements au sein des régions ainsi que la diversification des

TROIS ANS D'ACTION

La mise en place d'une dynamique pluriannuelle

Le principe d'annualité budgétaire a toujours interdit aux services de l'État de connaître le montant des enveloppes disponibles au-delà de l'année en cours et de s'engager vis-à-vis des promoteurs des établissements et services médico-sociaux. Or, la phase de conception d'un projet préalable à la demande de financement comme celle de réalisation de l'équipement et de préparation de l'ouverture des places (notamment le recrutement et la formation des personnels) demandent du temps.

Jusqu'à présent, seule l'annonce d'un plan gouvernemental (plan quinquennal pour les personnes handicapées, plan Solidarité grand âge...) fournissait une perspective pluriannuelle nationale, mais celle-ci n'était pas toujours déclinée au niveau local.

La CNSA s'est efforcée de développer une dynamique pluriannuelle en mettant en place plusieurs outils nouveaux.

Les PRIAC : ce sont les outils de programmation pluriannuelle prévisionnelle de l'État pour les opérations de création ou de transformation de places en établissements et services répondant aux besoins les plus urgents, donc à financer en priorité. Crées par la loi de 2005, ils ont été développés par la CNSA. Les premiers PRIAC transmis par les préfets à la CNSA en avril 2006 ont été élaborés sur trois ans ; la programmation a été étendue à cinq ans en 2007.

Les enveloppes anticipées : ce nouveau mécanisme de notification permet de répartir par anticipation au cours de l'année N des enveloppes financières qui ne seront consommées qu'à partir des années N+1 et N+2. Une partie de l'enveloppe 2007 a ainsi pu être répartie entre les régions dès le second semestre 2006, permettant aux préfets de délivrer des autorisations à des porteurs de projets qui ont ainsi pu commencer des travaux plus tôt. Ce dispositif améliore la visibilité pluriannuelle sur les financements des services de l'État et des promoteurs et doit accélérer la mise en œuvre des plans nationaux.

En février 2007, respectivement 40 % et 20 % des enveloppes de mesures nouvelles 2008 et 2009 ont ainsi été répartis par anticipation. En 2008, le volume des enveloppes anticipées a été augmenté significativement pour être porté à 40 % des créations de places prévues pour 2009 et 2010.

Ce sont donc désormais environ 80 % des crédits d'une année qui seront alloués de manière anticipée.

modes d'accompagnement. Chargée du suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et de la gestion de l'ONDAM médico-social, la CNSA doit rendre compte de l'emploi de ces crédits, par nature de dépenses et par territoire.

Les enseignements tirés du système d'information mis en place permettent d'analyser en continu les rythmes de mise en œuvre, d'objectiver les facteurs de délai et le réalisme des programmations prévisionnelles. Ils éclairent la campagne budgétaire suivante et peuvent inspirer, le cas échéant, des évolutions de pratiques ou de textes nécessaires pour atteindre les objectifs nationaux.

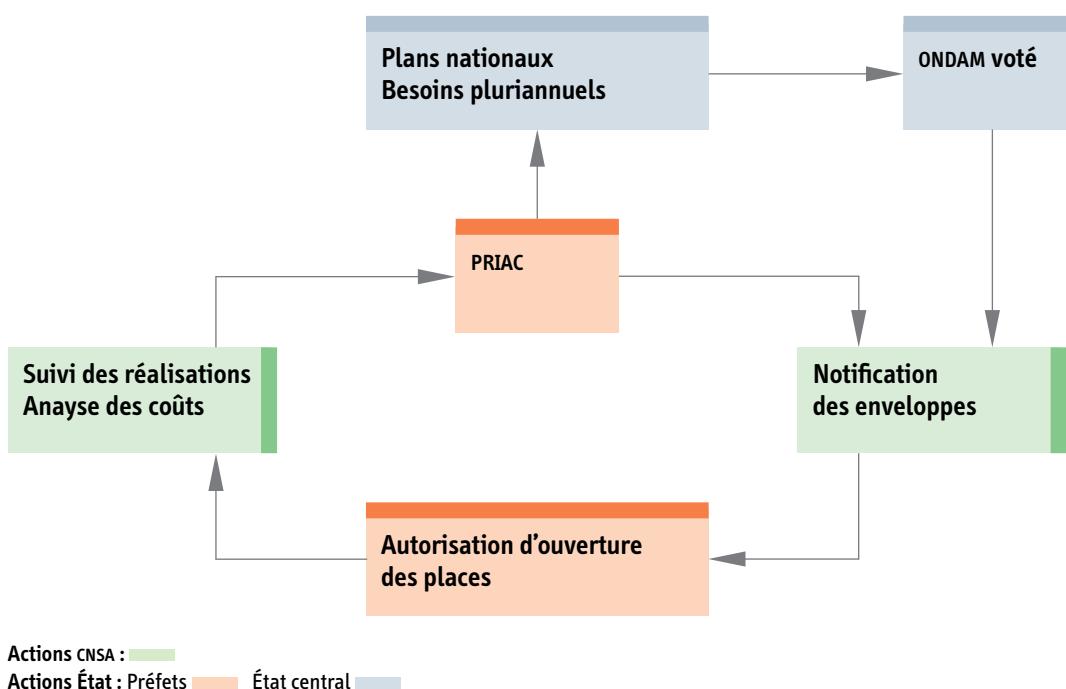
Ce cycle continu « prévision à quatre ans – allocation budgétaire – réalisations – décaissements de l'assurance maladie »

renouvelle profondément le dialogue entre le niveau local et le niveau national.

Des PRIAC ancrés dans la pluriannualité budgétaire avec la mise en place des enveloppes anticipées au service d'une accélération des réalisations

Après avoir précisé le processus d'expression régionale des besoins prioritaires et défini un cadre de présentation unique pour toutes les régions consolidable au niveau national, la CNSA a accompagné depuis 2006 sa mise en œuvre et son appropriation par les services de l'État. À partir des enseignements de la première édition, précisés lors des échanges techniques régionaux de l'automne 2006, la méthodologie a été approfondie afin de rendre plus homogène cet exercice de programmation. La prévision est passée de trois à cinq ans en 2007. La concer-

LE CYCLE PROGRAMMATION-NOTIFICATION-SUIVI DES RÉALISATIONS



tation avec les conseils généraux et les autres acteurs de la programmation (agences régionales de l'hospitalisation – ARH) ainsi que la communication auprès des partenaires et des porteurs de projets (Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale – CROSMS), lacunaire les deux premières années, ont été rendues plus impératives encore.

En 2008, la CNSA a stabilisé les règles définies pour 2007 et renforcé les liens entre l'exercice de programmation interdépartementale des PRIAC, l'exercice d'allocation budgétaire et le suivi de l'exécution des programmations (*cf. encadré ci-dessus*).

Le calendrier rigoureux de notification des enveloppes régionales et départementales qui a été posé dès 2006 a été respecté (*cf. encadré p. 32*).

L'utilisation systématique des PRIAC 2007-2011 pour la répartition indicative des dotations de

mesures nouvelles entre les départements d'une même région a constitué une nouveauté dans la pratique que la CNSA avait commencé à initier lors de l'exercice 2007. Les écarts entre les propositions des préfets de région remontées le 30 mars 2008 et le niveau des dotations indicatives calculées par la CNSA à partir de la programmation PRIAC ont été résiduels, montrant l'approfondissement de la crédibilité du PRIAC comme programmation financière.

Le dispositif d'enveloppes anticipées, créé dès 2006 pour renforcer la visibilité pluriannuelle et accélérer la mise en œuvre des plans, a quant à lui été renforcé (*cf. encadré p. 27*). Les enveloppes anticipées sont le prolongement logique de l'approche pluriannuelle portée par les PRIAC : à une expression des besoins sur plusieurs années doit en effet répondre une mise à disposition des moyens sur plusieurs années. Il s'agit d'une des réponses aux trop importants

délais entre les autorisations et les ouvertures de places, pour partie responsables des excédents de la section I du budget constatés année après année (*cf. chapitre 1*).

Le volume de ces enveloppes a ainsi été très sensiblement augmenté. Il atteint en 2008 des niveaux très significatifs : les enveloppes supplémentaires pouvant ainsi être engagées cette année représentent 40 % des places nouvelles pour 2009, qui viennent s'ajouter aux 20 % déjà notifiés l'an dernier, et 40 % des places nouvelles pour 2010, soit 70 M€ pour chacune des deux années 2009 et 2010 pour les établissements et services destinés aux personnes handicapées et 37 M€ pour chacune des deux années 2009 et 2010 pour les établissements et services destinés aux personnes âgées.

Des plans nationaux construits à partir d'une synthèse des PRIAC

En 2008, deux nouveaux plans nationaux, le plan Autisme et le plan Handicap visuel, et un programme national pluriannuel de création de places nouvelles, comprenant notamment le développement de l'offre de services prévu dans les plans thématiques nationaux, ont été présentés dans le champ du handicap. Pour la première fois, l'élaboration du programme de développement de l'offre médico-sociale, annoncé le 10 juin 2008 par le Président de la République, s'est appuyée sur la synthèse des PRIAC 2007 réalisée par la CNSA.

Il s'agit de l'utilisation du dispositif PRIAC en tant qu'instrument d'expression des besoins, au service de la mission de la CNSA : éclairer les besoins de financement à cinq ans dans le champ des établissements médico-sociaux que le gouvernement doit présenter tous les ans devant la représentation nationale.

Le plan pluriannuel 2008-2012 représente un équilibre entre les remontées de besoins exprimés par les PRIAC et les priorités nationales : rééquilibrage en faveur des adultes handicapés, dépistage et action précoce, diversification des structures et prise en compte des besoins spécifiques (autisme, handicaps rares).

Une démarche complémentaire d'appréciation des besoins : les études nationales sur le vieillissement des personnes handicapées et le handicap rare

Les PRIAC ne constituent pas en effet le seul mode d'appréciation des besoins en services. Certains facteurs, comme les dossiers en attente de financement ou l'absence de projets, peuvent influencer la programmation, et limiter l'anticipation de besoins. Ainsi, l'impact de l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap sur l'offre en établissements et services n'a pas suffisamment été pris en compte dans les priorités régionales sur la durée du PRIAC comme le montre la baisse de la programmation des places pour adultes à l'échéance de deux ou trois ans.

La CNSA conduit ainsi parallèlement des travaux complémentaires pour éclairer les besoins en établissements et services, notamment dans les secteurs où la spécificité des besoins et la réponse à apporter dépassent l'appréciation régionale. C'est évidemment le cas pour les handicaps rares, domaine dans lequel la loi et la COG (convention d'objectifs et de gestion) confient à la CNSA la charge de proposer au ministre un schéma national.

Appuyée par le Conseil scientifique, qui a constitué une commission spécialisée à cet effet, la CNSA s'est saisie de ce chantier en 2007, ce qui devrait lui permettre de proposer et d'accompagner les évolutions nécessaires à cinq ans dans la détection, l'accompagnement personnalisé et le renforcement des capacités d'intervention et de mobilisation des expertises rares et spécifiques. Un travail documentaire important et une série d'auditions ont été organisés par la commission associant professionnels de la santé, du social, et représentants des usagers. Des recommandations ont été validées en septembre 2008 qui vont favoriser l'élaboration du schéma national au second semestre 2008.



PROJET DE VIE

Expression libre de la personne ou de son représentant légal sur la définition de ses besoins et de ses aspirations. Pour les personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 fait obligation de sa prise en compte tout au long du processus d'évaluation de sa situation. Cette obligation marque la volonté nouvelle de partir des attentes de la personne pour ce qui la concerne avant d'évaluer ce qu'il est possible de lui apporter en réponse.

Le suivi des réalisations à l'appui de la réduction des écarts territoriaux

Comme on l'a vu au chapitre 1, la mise en place d'un dispositif complet de suivi des crédits médico-sociaux d'assurance maladie est une réponse au constat des excédents constitués année après année sur la section I, principalement liés aux délais de réalisation des places nouvelles et de conclusion des conventions de médicalisation des EHPAD.

C'est dans le suivi précis de la séquence notification-engagement des crédits, type d'établissement par type d'établissement, département par département, que se joue la véritable « traçabilité » des crédits votés par le Parlement.

Le premier niveau de suivi, qui concerne les crédits notifiés par la CNSA aux niveaux régional et départemental, fait l'objet d'une restitution tous les ans au Conseil de juillet. En juillet 2008, il y a été rendu compte de la répartition définitive par la CNSA de 97,7% des dépenses autorisées de l'année 2008 sur le secteur des personnes âgées et de 99,1% sur celui des personnes handicapées. Une petite partie de l'enveloppe de mesures nouvelles est répartie plus tard dans l'année selon une autre logique, notamment les crédits destinés à la poursuite de la médicalisation des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes (pour un montant de 93,9 M€), qui sont attribués *a posteriori* en fonction des dépenses engagées, ou les crédits relatifs à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour un montant de 35 M€. La restitution définitive est ainsi faite au début de l'année qui suit.

Le suivi des crédits engagés par les préfets passe par l'enquête semestrielle, décrite au chapitre 1. Le suivi des crédits consommés complète ce dispositif.

Le dispositif de suivi des réalisations prend sa place dans le cycle décrit ci-dessus en tant qu'il vient à l'appui du travail de programmation. Grâce à lui, chaque préfet de région auquel les résultats sont transmis peut situer sa région et la position relative de chaque département dans sa région au

regard de l'effort accompli par public (indicateur dit « de l'euro par habitant »), en niveau d'équipement (taux d'équipement) mais aussi en délai de réalisation. Il peut ainsi infléchir sa programmation en fonction de priorités de rééquilibrage territorial. Il peut également rythmer la création des places nécessaires pour répondre aux besoins identifiés en fonction de la capacité de sa région.

Une articulation de l'exercice de programmation avec les schémas départementaux à parfaire

L'articulation entre la programmation faite par les services de l'État et la planification confiée par la loi d'août 2004 aux conseils généraux constitue l'une des principales difficultés identifiées avec la mise en place des PRIAC.

La concertation avec les conseils généraux dans le cadre de l'élaboration des PRIAC, indispensable mais encore inégale, doit être renforcée afin de rapprocher la démarche de planification et de programmation régionale et départementale. Une approche partagée des besoins d'évolution de l'offre en établissements et services au regard de la capacité à mettre en œuvre des projets et des spécificités locales a besoin d'être appuyée méthodologiquement. Sollicitée par des conseils généraux sur ce sujet, la CNSA a retenu ce thème de travail qu'elle documente avec l'appui d'un groupe de travail restreint réunissant des représentants des services déconcentrés de l'État et des départements volontaires. Il s'agit cependant plus d'une perspective de travail, d'autant que la CNSA ne s'est pas vu confier de compétence légale en matière d'appui à la planification départementale. La réflexion entourant la création des agences régionales de santé doit s'en saisir.

NOTIFICATION – PROGRAMMATION – RÉALISATION : CHRONOLOGIE D'UNE ANNÉE

15 février : notification aux préfets de département des crédits votés en LFSS (crédits de l'année) et des enveloppes anticipées sur les deux années suivantes : ces notifications sont définitives sur les moyens de reconduction et indicatives pour les mesures nouvelles. La répartition s'appuie sur les priorités définies dans les PRIAC.

Mars : restitution au Conseil du bilan des réalisations du premier semestre de l'année précédente. À partir de 2009, restitution des réalisations sur toute l'année précédente.

30 mars : retour des préfets de région sur la proposition de répartition départementale des crédits faite par la CNSA.

30 avril : notification définitive des places nouvelles par la CNSA – remontée des PRIAC à la CNSA.

Mai-juin : synthèse des PRIAC permettant d'éclairer les besoins de financement à cinq ans.

Juillet : restitution au Conseil sur le bilan des réalisations de l'année précédente. Présentation de la synthèse des PRIAC.

Octobre : remontée vers la CNSA de l'enquête sur les crédits engagés.

Octobre-décembre : échanges techniques avec les DDASS-DRASS autour des PRIAC.

* Mieux comprendre le coût et l'activité des structures dans un objectif d'équité et de qualité des réponses

L'analyse de la constitution des coûts dans les établissements et services

L'amélioration de la connaissance des coûts de fonctionnement des établissements médico-sociaux est une priorité, que ce soit dans le but d'appuyer les travaux de programmation locaux en fournissant des référentiels de coûts, d'éclairer les besoins de financement à cinq ans ou de mieux comprendre, pour les résorber, les disparités territoriales.

Le travail en la matière s'est largement concentré sur la construction et l'évolution du système d'information.

L'applicatif SAISEHPAD permet d'opérer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des EHPAD. Développé par la DHOS et repris par la CNSA en juin 2006, cet outil fait l'objet d'une mise à jour continue par les services déconcentrés de l'État (DDASS) et d'une exploitation statistique trimestrielle. Il permet l'analyse des coûts et la projection du besoin financier lié à la médicalisation des EHPAD. En 2008, le suivi trimestriel des conventions de médicalisation de deuxième génération (qui apportent des moyens supplémentaires en fonction du niveau de soins requis des personnes accueillies, mesuré par l'outil

PATHOS) permettra d'attribuer les crédits non plus selon des critères de répartition *a priori* mais « sur facture ». Cet applicatif est appelé à évoluer afin de mieux prendre en compte les avenants et renouvellements de conventions et, plus généralement, de permettre des restitutions statistiques plus standardisées.

L'applicatif REBECA va permettre de disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires (BE) et des comptes administratifs (CA) des établissements et services pour personnes handicapées et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que de leurs indicateurs physico-financiers. Il se substitue à l'enquête « BP-CA » (budgets prévisionnels). Parmi de nombreux objectifs, il doit permettre d'analyser l'évolution des coûts de fonctionnement des établissements et services concernés et d'éclairer les éléments de formation des coûts en fonction des grands groupes de dépenses. Deux régions (Picardie et Aquitaine) ont expérimenté l'application en juin et juillet 2008, avant une généralisation à l'automne 2008 par le biais de trois journées de formation de formateurs réunissant agents des DRASS et des DDASS.

Une approche complémentaire vient désormais renforcer ce travail d'enquête à travers le lancement ou le soutien d'études engagées par

de grands acteurs du secteur. La CNSA soutient ainsi en 2008 le travail initié par la Fédération des associations gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées (FEGAPEI) avec l'appui du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) sur la constitution des coûts dans les établissements pour personnes handicapées. Le mode de tarification y étant moins cadré que dans le secteur des personnes âgées, le besoin de connaissances y est d'autant plus important.

L'expertise acquise sur le fonctionnement des structures a été mise à disposition de l'administration centrale dans le cadre des chantiers de réforme sur la tarification des établissements, ouverts par la perspective du 5^e risque. Toutefois, la CNSA n'ayant pas de compétence d'animation du réseau des services de l'État en matière de tarification, elle conduit ces travaux en lien étroit avec la DGAS, qui a élaboré une série d'indicateurs médico-économiques, afin que ces différents exercices s'articulent le plus possible avec l'allocation budgétaire.

La CNSA participe également au comité de pilotage de l'étude sur la tarification des SSIAD, projet conduit par la DGAS, qui doit aboutir à une proposition de calcul des tarifs en fonction notamment de l'état de santé des usagers. Le rapport final doit être produit pour la fin du mois d'octobre 2008.

Cette approche ne pourra toutefois être complète que si ces informations sont mises en perspective avec les modifications qui affectent l'évolution de la masse salariale, de la démographie, l'évolution de la prise en compte des qualifications et de la technicité et par conséquent, le suivi de l'évolution des conventions de branche et des statuts de la fonction publique hospitalière et territoriale. Ce qui n'entre pas dans les compétences actuelles de la CNSA.

Des études relatives à l'activité pour améliorer le service offert aux usagers

Les plans nationaux doivent fournir des solutions en nombre mais aussi en qualité suffisante. La mission de suivi de la réalisation des plans nationaux implique de connaître l'activité des structures ainsi financées et le service qu'elles

offrent aux usagers. L'objectif des études qualitatives ainsi lancées par la CNSA est d'apporter aux décideurs (préfets, conseils généraux) un éclairage sur les améliorations, les difficultés rencontrées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter leur appui aux porteurs de projets.

L'intérêt de ces travaux réside tant dans les résultats qu'ils dégagent que dans le caractère très participatif de la démarche retenue. C'est la réflexion partagée par les gestionnaires et les décideurs locaux qui fait de ces études non seulement des outils d'observation de la mise en œuvre mais de véritables outils d'aide à la décision.

Trois types de structures ont concentré l'attention cette année :

► **les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes handicapées** : nouveaux services intervenant en milieu ordinaire de vie, ils contribuent à la diversification des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation. Leur déploiement reste encore inégal sur le territoire national. L'étude lancée fin 2007 par la CNSA lui a permis d'inaugurer une méthode de travail. Les travaux, coordonnés par la CNSA avec la DGAS, ont été menés avec le concours des acteurs concernés : représentants des familles et des usagers, gestionnaires et responsables de structures, collaborateurs des directions des affaires sanitaires et sociales, des conseils généraux et des MDPH. Les résultats ont ensuite été validés par les acteurs puis diffusés largement, afin de constituer un outil d'aide à la décision ;

► **les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** offrent une prise en charge précoce pour laquelle la généralisation du dépistage dans la période prénatale ou périnatale induit une demande plus forte. Cette prise en charge vise le développement des capacités d'autonomie des enfants, la prévention et la réduction de l'aggravation des handicaps, et le soutien des familles. L'étude quantitative et qualitative lancée par la CNSA visait à mieux connaître la

capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP et à mesurer leur capacité de réponse aux besoins, pour accompagner le développement de l'offre ;

► **l'accueil de jour et les structures de répit dans le cadre du plan Alzheimer** : le plan Alzheimer annoncé le 1^{er} février 2008 confie à la CNSA le pilotage de la mesure relative au développement des structures de répit. Dans ce cadre, une étude qualitative sur les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire doit permettre de connaître les obstacles au développement mais aussi les conditions du succès de ces structures, au développement desquelles le plan Solidarité grand âge prévoit d'attribuer des financements importants. Complété par un travail sur les formules de répit innovantes et la formulation, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ce chantier devra aboutir en 2009 à l'élaboration d'un guide à l'intention des créateurs de structures.

La CNSA a également étendu ses investigations au-delà du strict secteur médico-social pour s'intéresser à l'accompagnement des personnes privées d'autonomie tout au long de la chaîne de prise en charge. Des régions ayant une production importante d'actes infirmiers (AIS) ont exprimé le souhait de mener une étude sur l'analyse territoriale de la production de soins par les infirmiers libéraux, les SSIAD et les EHPAD. L'approche globale des besoins de soins des personnes âgées a ainsi été explorée à travers l'étude de l'activité infirmière libérale auprès des plus de 75 ans lancée en mai 2008. Cette étude a pour objectif une meilleure compréhension de l'activité de soins dans le cadre d'une analyse globale de la prise en charge des personnes âgées, afin de mieux appréhender les raisons expliquant les choix locaux en matière d'offre de services.

Enfin, la CNSA, membre et financeur du GIP ANESM et de son comité d'orientation stratégique, participe aux travaux qui président à l'adoption de recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur et à l'évaluation interne et externe de la qualité des établissements et services. Cette nouvelle struc-

ture, constituée par la CNSA avec l'État et un certain nombre de grandes associations du secteur, est un facteur essentiel pour la diffusion et l'appropriation de la démarche qualité dans le secteur médico-social.

✿ **L'aide à la transformation et à l'adaptation du secteur médico-social**

La mise à disposition des moyens de fonctionnement, à travers l'allocation des enveloppes budgétaires de l'ONDAM, ne suffit pas à atteindre rapidement les objectifs fixés par les plans et ce, malgré les progrès permis par les enveloppes anticipées en matière de réduction des délais de réalisation. C'est ce que met en évidence le constat d'écart parfois importants entre places autorisées et places installées, dûs notamment aux difficultés des promoteurs à boucler les tours de table financiers sur l'investissement, à recruter le personnel nécessaire... Parfois, les porteurs de projets ne se présentent pas en nombre suffisant sur un besoin prioritaire à couvrir.

La CNSA a ainsi développé des actions d'accompagnement de la réalisation des projets mais aussi de la transformation de l'offre existante, sur laquelle elle ne dispose toutefois que de peu de leviers pour agir. Elle s'est tout d'abord attachée à faire inscrire dans le PRIAC les besoins d'accompagnement nécessaires à la réalisation des projets prioritaires – investissement, recrutement et formation – et à identifier les transformations à conduire. Elle a ensuite développé les leviers d'action répondant à ces besoins.

La professionnalisation des personnels en établissements et services médico-sociaux

Le recrutement de personnels qualifiés constitue l'une des difficultés importantes des responsables d'établissements et services médico-sociaux. Engagée dans la mise en œuvre du plan des métiers annoncé en février 2008 par la secrétaire d'État chargée de la Solidarité, Valérie Létard, la CNSA a renouvelé pour un an les conventions conclues avec quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) intervenant dans le secteur médico-social, dans

l'attente des résultats des expérimentations dans trois régions pilotes (Nord Pas de Calais, Alsace, Centre – *cf. chapitre 4*).

Le soutien à l'investissement pérennisé

Après deux plans, en 2006 et 2007, d'aide à la modernisation, la CNSA a renforcé en 2008 sa mission d'accompagnement des porteurs de projets sur le volet investissement. L'article 69 de la LFSS 2008 en fait une mission pérenne de la Caisse et étend son champ : les aides peuvent désormais non seulement appuyer la modernisation des places existantes, mais aussi financer l'investissement de places nouvelles.

Les objectifs du plan 2008 s'inscrivent dans la continuité des règles et priorités énoncées pour

les plans précédents, auxquelles viennent s'ajouter les conditions de prise en compte de l'extension du périmètre d'éligibilité des opérations concernées à la création de places nouvelles. Il intègre également la dimension de soutien aux opérations exemplaires, de nature à changer l'image de l'institution et à apporter de nouvelles réponses : démarche de projet, intégration dans le tissu rural ou urbain, formes d'habitat nouvelles, conception des espaces privatifs ou collectifs, démarche qualité d'usage des espaces de vie, démarche haute qualité environnementale... À ce titre, un projet exemplaire par région peut être soutenu par un taux d'aide bonifié.

À la suite de la délibération du Conseil de la CNSA du 1^{er} avril 2008, 300 M€ ont été alloués

TROIS ANS D'ACTION

L'aide à l'investissement : d'une mesure exceptionnelle à une mission pérenne

L'investissement des structures médico-sociales n'a jamais bénéficié d'une aide publique importante. Les promoteurs pouvaient solliciter les crédits apportés par les contrats de plan État-régions (30 à 40 M€ par an) ainsi que des aides des conseils généraux et des caisses de sécurité sociale.

Les excédents de l'année 2005, première année d'exercice de la CNSA, ont inspiré la mise en œuvre d'un plan d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux.

Autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006, ce plan répondait à trois enjeux :

- rénover le parc d'hébergement et d'accueil (mise aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction);
- adapter les locaux pour une meilleure qualité de service;
- générer un effet de levier financier et réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers.

Le plan 2006 a été doté de 500 M€ affectés à 70 % au secteur des personnes âgées et à 30 % au secteur des personnes handicapées.

La LFSS 2007 a reconduit la possibilité pour la CNSA de soutenir, dans les mêmes conditions, des opérations d'investissement en 2007, à hauteur de 184,9 M€ avec la même clé de répartition et les mêmes axes prioritaires.

Les préfets de région ont la responsabilité de proposer les opérations éligibles dans le cadre d'une enveloppe régionale déterminée par la CNSA en application de critères démographiques (35 %), d'équipement (50 %) et de potentiel fiscal (15 %).

Ces deux plans 2006 et 2007, d'un montant total de 684,9 M€, ont permis de financer 976 dossiers correspondant à un coût total de travaux de 3,393 Md€.

	2006	2007
Personnes âgées	422 projets	177 projets
Personnes handicapées	242 projets	135 projets

La LFSS 2008 pérennise la mission de la CNSA en matière d'aide au financement des opérations d'investissement (modernisation et création de places) dans le secteur médico-social financé en tout ou partie pour l'assurance maladie. Le plan 2008 est doté de 300 M€.

à ce plan d'aide à l'investissement en 2008 (soit 225 M€ sur le champ des personnes âgées et 75 M€ sur celui des personnes handicapées), intégrant le volet de création d'unités adaptées du plan Alzheimer 2008-2012 pour un montant de 180 M€.

La CNSA ne s'est toutefois pas vu attribuer à ce jour une ressource pérenne pour assumer cette mission devenue permanente. Ainsi, le plan est financé, cette année encore, sur les réserves de la Caisse.

L'accompagnement des transformations comme perspective

L'enjeu de transformation du secteur médico-social est important pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Le défi de la modernisation de la prise en charge ne peut être relevé seulement à partir des seules places nouvelles. Si le suivi des réalisations et les PRIAC rendent compte de la transformation du secteur par nature et par public, il est également nécessaire d'agir financièrement sur les capacités d'accueil existantes. Pour cela, il faudrait être en mesure de prévoir les évolutions de la structure de la dépense, et en particulier les besoins d'évolution de la masse salariale. Autant

de chantiers à ouvrir sur lesquels la CNSA n'a pas à ce jour de compétence.

La CNSA réalise par ailleurs avec la DHOS un travail technique de « suivi des fongibilités ». Il s'agit d'identifier les structures sanitaires transformées en établissements ou services médico-sociaux, afin de transférer les crédits correspondants de l'ONDAM hospitalier pour les inscrire dans l'ONDAM médico-social. Ces opérations, encore peu nombreuses au regard du nombre de places existantes, ont toutefois vocation à se multiplier dans les champs sanitaires pour lesquels la conception de la prise en charge des personnes évolue le plus, à savoir la gériatrie et la santé mentale.

Plus qu'une intervention *a posteriori* de prise en compte budgétaire des transformations, c'est d'un accompagnement dans le mode d'emploi dont les acteurs de terrain ont besoin. Et pas seulement pour faire évoluer des structures du sanitaire vers le médico-social mais aussi au sein du secteur médico-social. Une nouvelle mission est à mettre en place, notamment avec la création des agences régionales de santé (ARS), responsables à la fois du champ hospitalier et du médico-social.

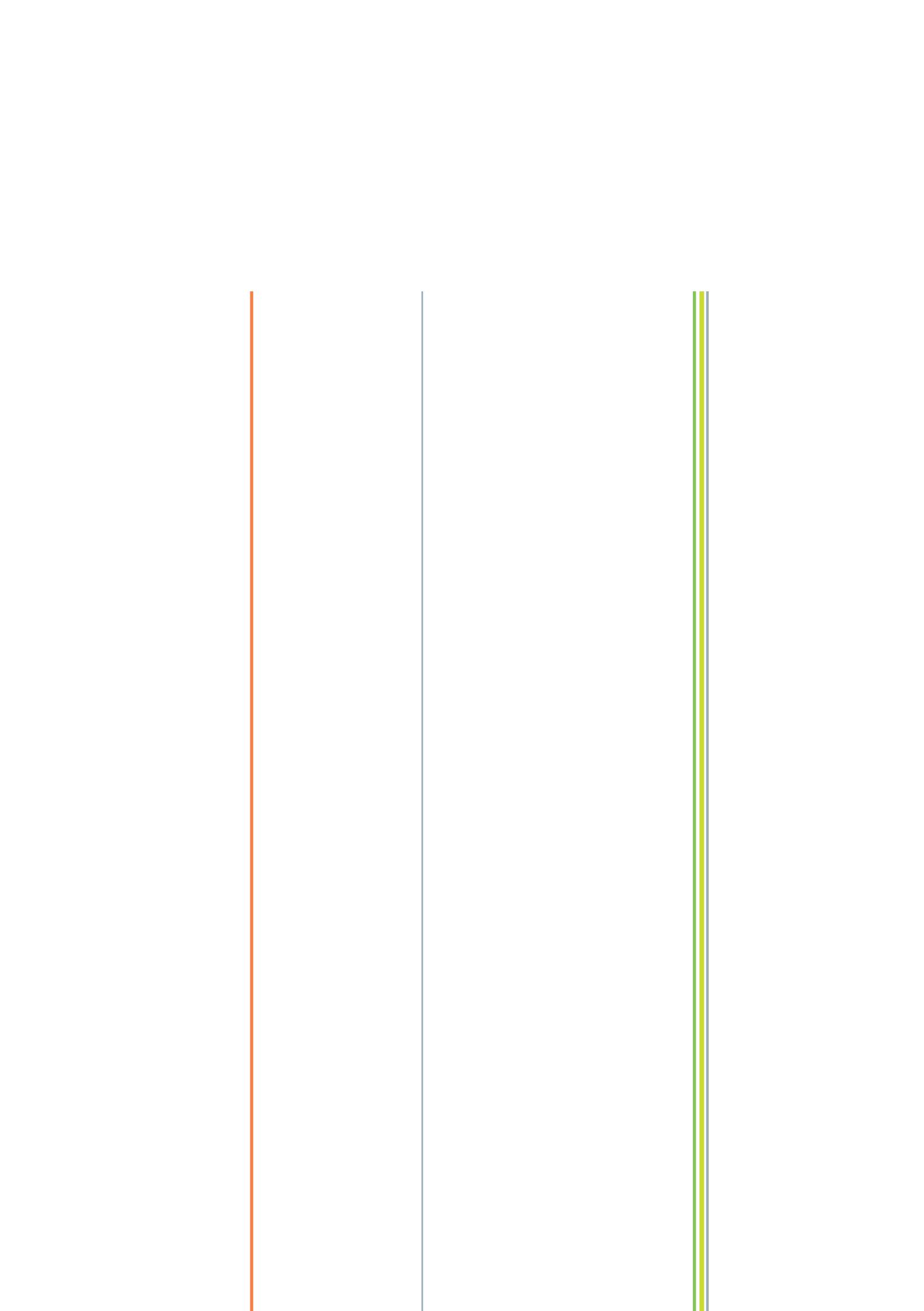
TROIS ANS D'ACTION

L'animation du réseau des services déconcentrés

La CNSA ne dispose pas de correspondants territoriaux propres pour mettre en œuvre les missions confiées par la loi. Pour le domaine des établissements et services médico-sociaux, elle s'appuie sur un échange direct et permanent, de type fonctionnel, avec les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS) sous l'égide des préfets, prévu par la cog.

Les modalités et outils de cet échange sont :

- **un extranet**, en fonctionnement depuis 2007 et dont la refonte en profondeur pour 2009 doit en faire un véritable espace de travail collectif;
- **un échange technique global sur la programmation médico-sociale dans l'allocation budgétaire**, chaque année entre octobre et décembre, avec chaque collège des directeurs de DDASS et de DRASS (CTRI), afin d'identifier les priorités dégagées, les difficultés ou retards de mise en œuvre et les besoins d'appui;
- **des journées techniques interrégionales à visée pratique** à l'adresse des cadres et tarificateurs, selon les besoins. Elles ont porté en 2008 sur l'appropriation du suivi budgétaire REBECA;
- **des groupes de travail thématiques ou méthodologiques** pour croiser les expériences de terrain;
- **deux réseaux de correspondants PRIAC et de correspondants PAI** (plan d'aide à l'investissement) sont en place pour une animation suivie sur ces questions, depuis 2007;
- **un ensemble de tableaux de bord** produits par la CNSA, qui constituent la base évolutive du dialogue itératif entre le niveau local et le niveau national, pour conduire la gestion de l'OGD médico-social.



03

CHAP.



* ACCUEIL ET ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES

Acccompagner les maisons départementales des personnes handicapées dans l'exercice de leur mission

＊ L'animation du réseau des MDPH : la structuration du réseau des partenaires	40
Les nouveaux outils de l'animation de réseau	
La formalisation au niveau local de trois réseaux de partenaires	
＊ La poursuite de la formation des professionnels des MDPH	42
＊ L'appui au fonctionnement des MDPH : développement des moyens humains et financiers, appui à l'informatisation	43
L'analyse des budgets des maisons départementales	
Vers un système d'information partagé	
＊ La construction et la diffusion d'une culture de participation des usagers	45
La refonte des formulaires de demande auprès de la MDPH	
La mesure de la satisfaction des usagers	
Le développement d'une culture partagée	
＊ L'approfondissement d'une expertise sur l'évaluation des besoins des personnes au service des équipes locales	46
L'accompagnement dans l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)	
L'approfondissement des fondements scientifiques de l'évaluation	
Les spécificités de l'évaluation du handicap psychique	
＊ Les perspectives de convergence personnes âgées – personnes handicapées	48

Accueillir, informer, évaluer, orienter, suivre les personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie : au cœur du droit à compensation se niche l'exigence d'une voie nouvelle pour marier deux impératifs, une gestion de proximité et une garantie d'universalité. La proximité, c'est l'exigence d'une mise en relation, d'un dialogue entre la personne et une équipe pluridisciplinaire pour prendre en compte le projet et l'environnement de vie dans l'évaluation des besoins d'aide. Elle se traduit par la responsabilité propre des présidents de conseil général sur les MDPH et la présence des associations en leur sein. Ce choix de la proximité doit cependant rester compatible avec l'exigence de l'universalité de la solidarité collective dont est garante la CNSA, et qui correspond à une aspiration forte de l'opinion.

Vouloir construire la CNSA pour agir à la place des départements ou pour les contrôler serait faire fausse route. Car l'impératif d'équité se vit d'abord dans chaque département et n'est pas l'apanage de la seule dimension nationale. Il appelle par ailleurs des réponses qui, tout en respectant une loi commune, puissent être réellement adaptées à toute situation et à chaque contexte.

L'accès de chacun à une évaluation de ses besoins et à un dispositif lui apportant une réponse personnalisée, grâce à la mobilisation d'aides de natures diverses (financières, humaines, techniques) ou à l'orientation vers les structures adaptées, est au cœur du nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie.

En créant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la loi du 11 février 2005 en a confié la responsabilité aux départements sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Leurs missions sont au nombre de huit : information ; accueil et écoute ; aide à la définition du projet de vie ; évaluation ; élaboration du plan de compensation ; décisions d'attribution ou d'orientation ; suivi de la mise en œuvre de la décision ; accompagnement et médiation.

La CNSA est chargée de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire de toute personne en situation de handicap dans le respect de l'autonomie de chaque conseil général.

À cette fin, elle dispose de deux leviers d'action : **un concours financier** versé aux conseils généraux pour le fonctionnement des MDPH

et subordonné à la conclusion d'une convention (*cf. encadré page ci-contre*) ;

► **l'échange d'expériences et d'informations** entre les MDPH, notamment par la diffusion des bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins.

Depuis 2005, la CNSA a ainsi conçu et utilisé différents outils d'animation pour appuyer les départements dans l'installation et le fonctionnement des MDPH. En 2008, cette action s'est développée selon six axes principaux.

★ L'animation du réseau des MDPH : la structuration du réseau des partenaires

Parce que les MDPH sont des dispositifs nouveaux et très innovants, la CNSA ne disposait, pas plus qu'aucun autre acteur, en 2005, de solutions prêtées à l'emploi. Le processus de mise en place s'est nourri des expériences échangées par les unes et les autres sur leurs missions, les actions à conduire pour répondre à leurs objectifs, leurs réussites et leurs difficultés. L'installation des MDPH a ainsi été concomitante à la constitution d'un réseau d'échanges mutuels.

Les nouveaux outils de l'animation de réseau

Chargée d'animer ce processus d'échange d'informations et de diffuser les bonnes pratiques, la CNSA a poursuivi en 2008 ce travail de fond. Tout en prolongeant le mode de travail proposé aux MDPH depuis trois ans (*cf. encadré p. 42*), elle a introduit cette année quelques innovations.

Elle a ainsi organisé un « salon du logiciel des MDPH ». Une centaine de visiteurs de près de cinquante départements sont venus y rencontrer neuf éditeurs de logiciels de gestion administrative, d'appui à la dématérialisation des documents ou d'infocentre ainsi que les MDPH ayant elles-mêmes conçu des outils originaux.

La journée annuelle des directeurs, en juin, a été l'occasion d'une restitution de travaux conduits dans une série d'ateliers interdépartementaux organisés en mai et juin dans différentes villes sur les modalités pratiques de mise en place des missions de la MDPH. Trente

d'entre elles se sont mobilisées dans ces ateliers pour présenter leurs réalisations (facteurs clés de succès, outils élaborés...) dans huit domaines (la place de l'usager, l'accueil et l'information, l'évaluation et le plan personnalisé de compensation, l'effectivité des décisions...).

Enfin, la CNSA a initié en septembre en direction des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires une série de rencontres régulières d'échange de pratiques.

La formalisation au niveau local de trois réseaux de partenaires

Afin d'assurer leur rôle de « guichet unique » de l'accompagnement et de rendre le parcours des usagers plus simple, les MDPH doivent construire des relations au niveau local avec de nombreux acteurs institutionnels. La CNSA a ainsi mis l'accent en 2008 sur la structuration du réseau des partenaires naturels des MDPH, devant déboucher sur une simplification et une dématérialisation des échanges.

TROIS ANS D'ACTION

Cent conventions départementales au service de l'égalité de traitement

Aux termes de l'article L. 14-10-7 du CASF, la CNSA conclut avec chaque département une convention « visant à définir des objectifs de la qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs ». Cette convention est un véritable outil au service de l'égalité de traitement sur le territoire. Elle est, en outre, indispensable au versement du concours de la CNSA au titre du fonctionnement des MDPH et fonde les échanges d'informations.

Le processus conventionnel

Le Conseil de la CNSA a posé en janvier 2006 le principe d'un rapport d'activité annuel du président du conseil général et a approuvé à l'unanimité, en juillet, le cadre général des conventions à l'issue d'une concertation avec l'Assemblée des départements de France.

À l'automne 2006, cent réunions ont été programmées pour préparer avec chaque conseil général sa convention. Signées tout au long de l'année 2007, elles intègrent les demandes exprimées par les départements d'une collaboration technique avec la CNSA.

Les indicateurs d'activité

Les conventions prévoient et autorisent un dispositif d'échange d'informations. Il est fondé sur le principe de la mise à disposition de chaque département d'une image de sa situation comparée à celle des autres, dans un souci de pilotage local.

Cet objectif de consolidation des données d'activité au niveau national à des fins d'utilisation locale guide l'élaboration du système d'information partagé et de son support informatique. Dans l'attente de ce dispositif cible, les échanges d'informations ont lieu chaque année. Ils sont initiés par l'envoi de la CNSA aux MDPH des données d'activité collectées dans ITAC et OPALES pour validation et s'achèvent en octobre, après une série d'aller-retours, par la présentation au Conseil de la CNSA de la synthèse des rapports d'activité des présidents de conseil général (*cf. annexe n° 6*).

TROIS ANS D'ACTION

Les outils d'animation du réseau des MDPH

En trois ans, la CNSA a conçu et fait vivre plusieurs outils, qui se complètent, pour apporter aux départements un appui aux MDPH.

Les déplacements en départements : depuis 2005, les équipes de la CNSA sont allées à la rencontre des services de l'État et des conseils généraux, puis des équipes des MDPH, dans tous les départements. D'abord généralistes, ces déplacements sont désormais davantage centrés sur des thèmes de travail spécifiques (GEVA, budget...).

« **Infos réseau MDPH** » : cette lettre électronique, diffusée tous les quinze jours depuis avril 2006, informe les responsables des MDPH de l'actualité : groupes de travail, événements relatifs au secteur... Véritable bulletin de liaison, elle s'attache à rendre compte de l'actualité « en marche », en s'autorisant à diffuser une information quelquefois non définitive.

Les jeudis pratiques de la compensation : il s'agit d'une invitation ouverte aux professionnels des MDPH, sur un rythme mensuel (en général le premier jeudi du mois), autour d'une thématique. Les participants échangent sur leurs pratiques et identifient des difficultés. Un compte-rendu est diffusé auprès de toutes les MDPH, développant les « bonnes pratiques » ou signalant d'éventuels écueils dans les procédures.

L'extranet : ouvert en juillet 2006, il est accessible aux services avec lesquels la CNSA est en relation permanente : les MDPH et les conseils généraux, comme les services de l'État. Il permet de mettre à disposition de façon pérenne des documents de référence, des comptes-rendus de réunion... Sa rubrique de questions-réponses apporte aux MDPH les informations juridiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme.

Les rencontres nationales des directeurs de MDPH : elles sont organisées deux fois par an, en juin et en décembre, en collaboration avec l'Assemblée des départements de France.

Les ateliers techniques interdépartementaux : ils sont organisés dans un département autour d'une thématique et nécessitent plusieurs séances de travail avant de pouvoir donner lieu à une restitution.

► **Avec les services de l'Éducation nationale** : des journées interrégionales ont été co-animées par la CNSA, la DGAS et le ministère de l'Éducation nationale dans six régions, entre mars et avril 2008. Elles ont permis de présenter aux inspecteurs d'académie, aux DDASS et aux MDPH une lecture commune des enjeux de la scolarisation des élèves handicapés et d'échanger sur les procédures et les pratiques à développer.

► **Avec les acteurs de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés** : les résultats des deux expérimentations lancées en 2007 et co-financées par la CNSA seront prochainement diffusés pour éclairer les pratiques dans l'un des domaines d'activité les plus fournis des MDPH (la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et leur orientation représentent près de 30 % des décisions). Le partenariat avec l'AGEFIPH va alimenter un travail similaire à conduire avec le nouveau Fonds pour

l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

► **Avec les caisses d'allocations familiales**, qui ont l'importante fonction de payeur des prestations attribuées par les MDPH (allocation adulte handicapé, allocation d'éducation de l'enfant handicapé), des réflexions sont engagées pour simplifier les échanges et évaluer la possibilité de leur dématérialisation.

* **La poursuite de la formation des professionnels des MDPH**

La formation des agents des MDPH s'est révélée d'emblée un enjeu majeur pour que soit mise en œuvre la loi du 11 février 2005, dont les innovations sont tant techniques que culturelles. Pour satisfaire les besoins qu'elle avait recensés, la CNSA a apporté une réponse en deux temps en 2006 et 2007 :

- les formations dispensées par des formateurs-relais recrutés par ses soins ont déjà profité à trois cent quatre-vingt-dix personnes, travaillant dans quarante MDPH. Elles se poursuivent en 2008 sur des thèmes prioritaires comme l'allocation aux adultes handicapés afin d'accompagner le plan gouvernemental sur le pilotage de cette allocation ;
- l'enjeu étant de démultiplier les capacités de formation, la CNSA a conçu en 2007 un processus de référencement des formations proposées par les organismes de formation, pour garantir leur adaptation aux besoins exprimés. Deux thèmes ont été ajoutés en 2008 aux quatre déjà traités : la commission des droits et de l'autonomie, et le plan personnalisé de compensation.

La convention signée en novembre 2007 entre la CNSA et le CNFPT a permis le déploiement du dispositif de formation des MDPH dans un cadre partenarial. Le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) participe à la commission de référencement et intègre les formations référencées dans son catalogue de formations.

*** L'appui au fonctionnement des MDPH : développement des moyens humains et financiers, appui à l'informatisation**

Par ses échanges continus avec les responsables des MDPH et les réponses juridiques ou pratiques qu'elle s'efforce de leur apporter ou de construire avec eux, la CNSA peut apporter son expertise aux services ministériels sur l'évolution nécessaire de certaines règles.

Elle a ainsi activement participé au groupe d'appui technique sur les MDPH mis en place en février dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008. Celui-ci a notamment pointé les difficultés récurrentes liées à la gestion de la mise à disposition des personnels des services de l'État. Les difficultés constatées dans le versement des crédits correspondant à des postes non pourvus ont également été soulignées.

L'analyse des budgets des maisons départementales

Contributrice importante au budget de fonctionnement des MDPH, la CNSA a pris en compte des difficultés financières signalées par les départements en augmentant le concours qu'elle leur versait, qui est ainsi passé de 20 M€ en 2006 à 30 M€ en 2007. Ce montant avait été complété la même année par un concours exceptionnel de 20 M€, pour financer notamment les dépenses liées à l'informatisation.

Le Conseil de juillet 2008 a consenti un nouvel effort en décidant de porter le montant du concours pérenne à 45 M€ par an. Cette décision a pu être prise au vu d'un travail important d'analyse des budgets des MDPH (*cf. chapitre 1*).

Vers un système d'information partagé

L'enjeu des systèmes d'information pour les MDPH est non seulement de se doter de logiciels capables de gérer l'accueil, l'évaluation, les demandes et les décisions de prestations et d'orientation des personnes (notamment la prestation de compensation du handicap), mais aussi de mettre en place un système qui permette de consolider au niveau national, de façon automatisée, des données rendues anonymes, intégrant les besoins du pilotage local.

L'appui apporté par la CNSA à ce projet concerne les deux aspects.

Elle a donc complété le dispositif de maintenance des logiciels actuels, notamment en concluant une convention avec les ministères de l'Éducation nationale et du Travail destinée à garantir aux MDPH un accès aux applications OPALES et ITAC, un support technique et des perspectives de reprise des dossiers vers les nouveaux logiciels.

En ce qui concerne le partage d'informations, la CNSA a entrepris une vaste consultation des départements et des MDPH dans le but de recueillir les attentes et besoins en termes de pilotage des politiques. L'objectif est de s'assurer que, quelles que soient les problématiques propres à chaque département, le partage des informations répondre aux besoins des différents acteurs et administrations concernés, et cela aux différents niveaux territoriaux (départemental, régional, national).



COMPENSATION

Aide ou ensemble d'aides de toutes natures apportées à une personne subissant, en raison des altérations substantielles et durables de sa santé, des restrictions dans la réalisation des activités de la vie courante et de la vie sociale. La compensation est définie par la loi comme s'exerçant aussi bien en milieu ordinaire qu'en milieu adapté, et cela quels que soient l'âge et le facteur explicatif du besoin d'aide à l'autonomie de la personne.

Pour 2008, en attendant la mise en place du système d'information partagé, la CNSA a préparé une version dite « V 0 » du futur système, alimentée avec les données actuelles des MDPH disponibles.

* **La construction et la diffusion d'une culture de participation des usagers**

Le principe de participation des usagers, inscrit au cœur de la loi de 2005, a fondé les modes de travail de la CNSA, qui s'attache à associer les associations représentatives aux réflexions sur la qualité de service.

Les premiers outils mis à disposition des MDPH en décembre 2005 ont ainsi été élaborés après un travail réalisé avec les associations, qui ont exprimé leurs principales attentes à l'égard des futures maisons départementales. Cette démarche participative au plan national prolonge l'esprit de partenariat au plan local que fait vivre la présence des représentants associatifs au sein des différentes instances du GIP. Elle trouve sans cesse de nouvelles formes.

La refonte des formulaires de demande auprès de la MDPH

Un groupe de travail comprenant dix-huit MDPH, dix-huit associations, la CNAF, la MSA et les services ministériels a élaboré au premier semestre 2008 un projet de refonte des formulaires créés en 2006 en vue de les simplifier. Un test national s'est déroulé pendant l'été 2008 (quatre mille six cents exemplaires diffusés). Les observations recueillies auprès des MDPH et des associations guideront la mise au point des nouveaux modèles, qui devraient être mis en service en janvier 2009.

La mesure de la satisfaction des usagers

Dès janvier 2007, dans le cadre de la signature des conventions d'appui à la qualité de service, la CNSA a proposé un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers des MDPH. Ce dispositif, lancé en mai 2007, est aujourd'hui utilisé par la moitié des maisons départementales.

Après avoir conçu la démarche et accompagné sa mise en place, la CNSA finance le dépouillement

des questionnaires et l'analyse et le suivi des résultats pour le compte des MDPH concernées. Comme il s'agit d'un outil local de pilotage de la maison départementale destiné à sa commission exécutive, la CNSA a choisi de ne pas faire remonter au niveau national le contenu des résultats locaux. C'est la condition de la confiance des acteurs locaux dans cet outil.

La CNSA se doit toutefois d'en soutenir la dynamique. En mai 2008, elle a ainsi réuni un groupe de travail, constitué de sept représentants des associations et de sept directeurs de MDPH, pour réfléchir à l'évolution du dispositif actuel à partir d'une enquête auprès des intéressés sur le terrain.

Le développement d'une culture partagée

L'importance du changement culturel dont la loi du 11 février 2005 est porteuse impliquait de trouver des méthodes de formation allant bien au-delà des aspects techniques, et surtout rassemblant tous les acteurs concernés (professionnels de la MDPH, membres de la CDAPH et associations). Cela a conduit la CNSA à imaginer une formation-action appelée « *rencontres pour une culture partagée* », dont le prototype a été testé en septembre 2007 avec cinq MDPH d'Île de France. Au cours d'une journée entière, il a ainsi été proposé à deux cent trente-cinq participants, professionnels et usagers des MDPH, d'inverser les rôles, à travers des exercices de mise en situation. Cette journée a permis la création d'outils pour le déploiement de ces rencontres dans d'autres régions. De nouvelles rencontres de culture partagée ont été organisées en Guadeloupe en juillet 2008 ; quatre départements de l'Est de la France en ont programmé pour le début 2009. La CNSA, en partenariat avec le CNFPT, accompagne les départements intéressés dans la conception, l'organisation et l'animation de ces journées de rencontres.

★ L'approfondissement d'une expertise sur l'évaluation des besoins des personnes au service des équipes locales

Parmi les changements portés par la loi, l'évaluation des besoins des personnes est sans aucun doute l'un des plus importants qu'il est demandé aux équipes des MDPH de mettre en œuvre. L'objectif de l'évaluation est bien d'identifier l'ensemble des besoins d'une personne, compte tenu de sa situation et en fonction de son projet de vie, afin d'aboutir à la meilleure adéquation entre les réponses apportées et les besoins identifiés. Il ne s'agit pas simplement d'accorder une prestation. L'évaluation est pluridisciplinaire et nécessite la collaboration de plusieurs professionnels autour d'une même personne ; elle débouche sur l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation qui ne s'arrête pas aux seules décisions de la CDAPH.

La mission confiée par la loi à la CNSA en matière d'expertise technique, d'élaboration de référentiels nationaux d'évaluation et de fourniture des méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation apparaît ainsi prioritaire.

Ouvert dès 2006 avec la diffusion auprès des MDPH du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), le chantier de l'évaluation porté par la CNSA n'a cessé de s'enrichir de nouveaux travaux.

L'accompagnement dans l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)

Début 2006, les MDPH disposaient d'une première version du GEVA, dont l'utilisation n'avait pas encore été rendue obligatoire. L'aboutissement des nombreux travaux d'expertise engagés autour de cette première version a permis d'améliorer l'outil et a débouché sur une version stabilisée à laquelle un décret et un arrêté du 6 février 2008 ont donné force réglementaire.

L'appropriation de cet outil dans le cadre de la mise en place d'une démarche d'évaluation est

désormais un enjeu essentiel pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

C'est pourquoi la CNSA a élaboré et diffusé en mai 2008 un manuel d'utilisation du GEVA. Le dispositif de formation a été orienté prioritairement sur cette problématique, tant du côté des formateurs-relais que des thèmes de référencement des formations proposées par les différents organismes. L'accent nouveau mis sur l'animation directe du réseau des coordinateurs des équipes pluridisciplinaires, sous la responsabilité des directeurs de MDPH, complète cet effort.

La CNSA a également été chargée, par le décret du 6 février 2008, d'établir, dans le délai d'un an, un bilan de l'utilisation du GEVA par les MDPH.

Pour atteindre ces objectifs, la CNSA est chargée d'animer un « comité de suivi de l'appropriation du GEVA », qui prend la suite du comité de pilotage initial dans une composition élargie.

Ce comité, qui se réunit tous les deux mois depuis avril 2008, est chargé de veiller à la compréhension de l'outil par les professionnels concernés, tant au sein des MDPH que chez leurs partenaires externes, de suivre la manière dont les équipes pluridisciplinaires se l'approprient, de piloter des actions de nature à favoriser cette appropriation (formations, promotion et développement d'instruments, illustrations concrètes...), de proposer les évolutions souhaitables, et de rédiger le rapport à remettre au ministre chargé des Personnes handicapées.

Plusieurs chantiers complémentaires à l'élaboration du GEVA ont été ouverts pour améliorer les pratiques d'évaluation.

- Il s'agit d'appuyer les équipes dans l'appréciation des capacités fonctionnelles des personnes, en leur fournant un « guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la prestation de compensation » en mars 2009, à l'issue des tests conduits sur le terrain.
- Il faut également leur permettre de s'appuyer sur des éléments d'évaluation recueillis par tout autre professionnel ayant déjà eu à connaître la situation d'une personne (équipes d'accompagnement en établissement ou service, équipes

de soins en structure sanitaire...). Des démarches dites de « GEVA-compatibilité », soutenues par la CNSA, explorent les différents outils d'évaluation utilisés par ces partenaires et leur lien avec le GEVA ainsi que les processus informatiques nécessaires pour faciliter cette mutualisation de l'information.

► Enfin, l'informatisation du GEVA est un enjeu important pour faciliter son utilisation par les équipes. Répondant à ce constat, mis en évidence par la commission spécialisée du Conseil scientifique de la CNSA, un projet d'informatisation est actuellement conduit et une première version logicielle de l'outil « GEVA » sera mise à disposition des équipes des MDPH début 2009.

L'approfondissement des fondements scientifiques de l'évaluation

Le Conseil scientifique de la CNSA a très tôt pris conscience de la nécessité d'asseoir les pratiques d'évaluation sur une démarche et une réflexion scientifiques. Après une réflexion approfondie en 2007 sur le champ de l'évaluation et le recensement des travaux conduits sur cette question à travers une analyse bibliographique, plusieurs études ont été lancées par la CNSA pour améliorer la connaissance des pratiques. Elles ont été conçues dans une approche transversale, s'intéressant autant au domaine des personnes handicapées qu'à celui des personnes âgées.

► Une première enquête sur onze outils et démarches d'évaluation, existants ou en cours de développement, conduite auprès des concepteurs ou utilisateurs de ces outils, a été lancée dès fin 2007.

► Au-delà des outils, les pratiques et la fonction d'évaluation doivent être décryptées. Une large étude de terrain analyse les pratiques d'évaluation auprès des acteurs locaux qui en sont chargés. Elle s'intéresse également à la perception qu'ont les professionnels eux-mêmes de leur fonction. Cette étude doit déboucher sur des propositions d'accompagnement des professionnels et sur la création d'un guide « repère » sur les pratiques fin 2008-début 2009.

► Enfin, une troisième étude s'intéresse à la perception des usagers. Elle consiste à recueillir la parole des usagers sur leur vécu de l'entretien d'évaluation. Elle se conclura par des recommandations aux utilisateurs et promoteurs de démarches.

Ces différents travaux feront l'objet d'une communication lors du colloque scientifique sur le thème de l'évaluation qui se tiendra en février 2009. L'objectif de ces premières rencontres scientifiques de la CNSA est de croiser les points de vue des scientifiques, professionnels, usagers et décideurs. En effet, l'expertise attendue de la CNSA en matière d'évaluation s'adresse, au-delà des seuls acteurs publics, à l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la compensation de la perte d'autonomie, y compris dans le secteur des assurances.

Les spécificités de l'évaluation du handicap psychique

La loi de 2005 a précisé que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. Les personnes handicapées psychiques sont donc concernées par les différentes dispositions de la loi. Toutefois, l'évaluation de leurs besoins se heurte souvent à des difficultés liées aux particularités de leurs troubles.

Une réflexion spécifique est conduite par la CNSA sur cette question.

► **Un premier travail** explore l'articulation entre les équipes de soins qui accompagnent au quotidien, dans les secteurs de la psychiatrie, les personnes souffrant de pathologies mentales au long cours et les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Il associe quinze MDPH et autant d'équipes du secteur de la psychiatrie.

► **Le second projet** expérimente dans cinq départements la mise en place d'équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique. Il s'agit de formaliser, en lien avec les missions et l'activité des MDPH, les modalités éthiques, organisationnelles et opérationnelles de l'évaluation du handicap psychique par ces équipes.

* Les perspectives de convergence personnes âgées – personnes handicapées

La mission confiée par la loi à la CNSA d'échange d'expériences entre les départements concerne explicitement le champ de l'accueil, de l'information et de l'évaluation des besoins des personnes handicapées. Un modèle institutionnel original d'une agence nationale d'appui à la mise en œuvre de politiques décentralisées, dans un objectif d'égalité de traitement, a progressivement été dessiné par la CNSA. Ce schéma, qu'elle a ainsi pu construire avec les conseils généraux sur une base légale et conventionnelle dans le champ de la politique du handicap, n'a pu être étendu de façon systématique à l'accompagnement des départements sur la politique en direction des personnes âgées.

La pertinence d'un tel prolongement de la mission de la CNSA a pourtant été soulignée par les conseils généraux, qui ont consacré 10% de leurs demandes d'appui auprès de la CNSA, exprimées dans les conventions d'appui à la qualité de service, aux dispositifs de convergence entre personnes âgées et personnes handicapées. Son Conseil a par ailleurs dessiné les perspectives de cette convergence dans le cadre de la réflexion sur la construction d'un nouveau champ de protection sociale consacré à l'aide à l'autonomie.

La CNSA a ainsi commencé à définir en 2008 cette offre d'appui complémentaire à l'attention des conseils généraux volontaires.

La mise en œuvre du plan Alzheimer, annoncé par le Président de la République le 1^{er} février 2008, en est la première occasion, puisque la CNSA s'est vu confier l'accompagnement de la

TROIS ANS D'ACTION

Des systèmes ITAC et OPALES à un système d'information propre aux MDPH

Les commissions CDES et COTOREP, qui existaient antérieurement à la mise en place des MDPH, disposaient de deux logiciels pour gérer les dossiers de demande des personnes handicapées – ITAC pour les adultes et OPALES pour les enfants –, développés par les ministères de tutelle.

Malgré des évolutions fonctionnelles leur permettant de faire face dans l'immédiat aux modifications réglementaires issues de la loi de 2005 (notamment la mise en place de la PCH), aucun de ces deux logiciels ne permet, de manière satisfaisante, de venir en support des missions nouvelles des MDPH.

La CNSA, en accord avec l'ensemble des directions centrales de l'État, s'est mise, dès fin 2005, en situation d'accompagner les départements et les MDPH dans leur processus de migration vers de nouveaux logiciels mieux adaptés aux besoins d'une gestion décentralisée des dossiers de prestations.

Outre l'appui technique et juridique qui l'a conduite à assurer la maintenance des logiciels existants pendant la phase intermédiaire et à apporter son expertise sur la préparation des textes réglementaires, la CNSA s'est surtout fortement investie auprès des MDPH dans la préparation des solutions de demain :

- par l'élaboration d'un document de spécification des règles de gestion applicables au traitement des dossiers largement diffusé aux MDPH et aux éditeurs de logiciels; un « salon des logiciels de MDPH », organisé à la CNSA en janvier 2008, a permis de faire mieux connaître l'offre disponible;
- par l'abondement en 2007 du concours financier versé aux départements pour les aider à faire face aux dépenses exceptionnelles d'informatisation.

Dès 2007, des MDPH ont pu s'équiper de logiciels répondant au mieux à leurs attentes.

À la fin du mois de juin 2008, une trentaine de MDPH avaient ainsi basculé la gestion des dossiers des adultes (et éventuellement celle des enfants) vers un nouveau logiciel et trente autres déclarent projeter la mise en opération d'un nouvel applicatif d'ici à la fin de l'année. Les logiciels ITAC et OPALES pourront ainsi être arrêtés au 31 décembre 2009, sans préjudice pour la gestion des dossiers des personnes handicapées en situation de demande d'une prestation ou d'une orientation.

création des « maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA). Elles doivent être, pour les malades d'Alzheimer et leur famille, une porte unique d'accès aux soins et à un accompagnement social adapté. La CNSA a joué un rôle essentiel dans l'élaboration de l'appel à candidatures qui permettra de sélectionner fin 2008 une quinzaine de projets expérimentaux.

Les premiers travaux gouvernementaux relatifs à la construction du 5^e risque ont esquissé la perspective de « maisons départementales de l'autonomie », pour faciliter les démarches des usagers dans un lieu unique et quel que soit leur âge. La CNSA se propose d'accompagner quelques départements volontaires dans l'expérimentation du rapprochement de leurs dispositifs d'accueil et d'évaluation de l'ensemble des personnes en perte d'autonomie.

04

CHAP.



* AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES

**Améliorer l'accès aux solutions de compensation
pour l'autonomie**

* Favoriser la transparence de l'offre d'aides techniques	52
L'acquisition d'une expertise aujourd'hui reconnue et sollicitée	
La mise en place d'un dialogue permanent entre les acteurs au sein de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques	
La structuration du dispositif d'information et de conseil sur les aides techniques	
* Développer une politique partenariale au service de la qualification et de la professionnalisation des intervenants du secteur	54
Une double démarche de structuration de la politique d'aide à la modernisation des services à domicile	
Les régions au cœur de la mise en œuvre du plan des métiers	
Les OPCA mobilisés sur la promotion professionnelle en établissements et services médico-sociaux	
* Les prestations : contribuer à un meilleur accès des personnes aux solutions de compensation	56
La simplification du paiement des prestations	
L'accompagnement de l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants	
La réflexion sur l'évolution des prestations	

Penser en termes de compensation de la perte d'autonomie ou d'aide à l'autonomie, c'est concevoir et réussir un accompagnement personnalisé, selon le projet de vie de la personne.

Il faut pour cela une offre de biens et de services dans tous les lieux de vie, c'est-à-dire aussi bien pour les services apportés à domicile par un aidant familial ou professionnel que pour les besoins d'autonomie en établissement, en hébergement temporaire ou dans toute autre situation.

Il faut pour cela que toutes les aides techniques existantes puissent être mobilisées, mais également anticiper sur les évolutions technologiques et exercer une veille créative pour penser les aides de demain. En mobilisant le concours des associations et des départements comme celui d'experts scientifiques et techniques, la CNSA cherche à ce que le « marché » des aides techniques soit mieux structuré et mieux connu.

Veiller à la qualité des aides humaines passe par une ambition partagée de création d'emplois et d'élaboration de qualifications et de métiers nouveaux au service des personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie.

Tout un ensemble de missions que la CNSA cherche à coordonner et à développer depuis trois ans.

* **Favoriser la transparence de l'offre d'aides techniques**

Dans ce domaine, la CNSA est intervenue de trois manières :

- **en cherchant à acquérir une expertise** de ce marché ;
- **en favorisant des échanges** entre les utilisateurs et les producteurs d'aides techniques ;
- **en diffusant la connaissance** acquise auprès du public concerné.

L'acquisition d'une expertise aujourd'hui reconnue et sollicitée

Pour acquérir une connaissance du marché des aides techniques, la CNSA a lancé des travaux préliminaires, tels que des enquêtes sur le marché et les prix des fauteuils roulants, des prothèses auditives et des aides à la communication visuelle ou l'étude prospective sur les technologies de l'autonomie, cofinancée avec l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Ces travaux ont donné à la CNSA une expertise qu'elle est la seule, en tant qu'institution publique, à posséder et qui est désormais fréquemment sollicitée. Membre du Comité

économique des produits de santé (CEPS) avec voix consultative, elle a ainsi été amenée à conduire un travail de réflexion sur l'impact de la mise en place de la nouvelle nomenclature modulaire des véhicules pour personnes handicapées, en partenariat avec le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) du ministère de la Défense. La CNSA a également été mobilisée en 2008 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à l'occasion de son rapport sur les dispositifs médicaux. De même, elle a été auditionnée pour différents travaux, comme le rapport de Mme le député Poletti sur « Les apports de la science et de la technologie à la compensation du handicap », rédigé au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et publié en juillet 2008.

La mise en place d'un dialogue permanent entre les acteurs au sein de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques

Installé en juin 2007, l'Observatoire, mis en place par la CNSA et présidé par M. Éric Molinié, s'est donné un programme de travail dont l'objet est d'améliorer la connaissance du marché.

Les travaux initialement focalisés sur trois catégories d'aides techniques (fauteuils roulants, prothèses auditives et aides à la communication pour déficients visuels) se sont récemment étendus à l'étude du marché des technologies de l'information et de la communication (TIC) et plus particulièrement la téléassistance.

Les différents groupes de travail s'attachent à réunir des données nationales et européennes sur ces différents marchés. Le comité de rédaction de l'Observatoire est ensuite chargé de les diffuser (vérification de la pertinence des données et des sources, vecteurs de communication...). Une étude comparative européenne sera ainsi lancée fin 2008 pour venir compléter les éléments d'analyse.

Des outils sont par ailleurs en cours de conception pour faciliter les démarches des différents acteurs et des usagers dans leur acquisition d'une aide technique : devis type par catégorie d'aides techniques, cartographie française des distributeurs de fauteuils roulants...

Au-delà d'une amélioration de la connaissance du marché, l'apport essentiel de l'Observatoire est l'instauration d'un dialogue entre des acteurs qui, dans un grand nombre de cas, s'ignoraient

jusqu'alors. C'est ainsi que l'élargissement progressif de la composition de l'Observatoire et les auditions qu'il organise représentent des étapes importantes de l'année 2008. Du noyau dur des usagers représentés par les associations de personnes handicapées, des professionnels (spécialistes de l'évaluation des besoins, prescripteurs) et des experts, l'Observatoire s'est ouvert aux producteurs et aux diffuseurs (2007) puis, en 2008, aux associations représentant les personnes âgées. Les auditions ont permis d'établir des relations de travail sur ce sujet avec la Haute autorité de santé (HAS), les assisteurs, le CERAH, les syndicats pharmaceutiques...

La structuration du dispositif d'information et de conseil sur les aides techniques

La loi confie à la CNSA la mission de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Le site internet de la CNSA dédié aux aides techniques (www.aides-techniques-cnsa.fr) et ouvert en mars 2008 est destiné aux usagers mais aussi aux professionnels, notamment aux équipes des MDPH qui ont besoin d'outils pour évaluer et préconiser les aides adaptées (*cf. encadré*).

TROIS ANS D'ACTION

www.aides-techniques-cnsa.fr

Le projet d'ouvrir un site internet permettant l'accès des professionnels comme des usagers à l'information sur les aides techniques, foisonnante mais dispersée, est né en 2006.

Depuis son ouverture en mars 2008, la consultation moyenne a été de 14 000 pages par jour.

Un résultat dû à :

- **un partenariat avec les trois grandes bases de données existantes** : le site est conçu comme un portail qui va rechercher l'information dans les bases du CERAH, celle de la Fondation Garches et celle de l'association HACAVIE (Handicap et cadre de vie). Des conventions ont été passées en 2007 avec chacun de leurs gestionnaires, afin qu'ils les complètent et les mettent aux normes, notamment d'accessibilité ; ces bases de données conservent leur existence propre. Ce partenariat a vocation à s'élargir;
- **la création d'une nomenclature** permettant une recherche conviviale et intuitive par des mots et expressions de la vie courante (communiquer, se mouvoir, travailler...) ou des mots clés, afin de faciliter l'utilisation de ce portail par le grand public. Celle-ci a été ajoutée aux modes de recherche connus des professionnels tels que la référence à la norme ISO 9999 (version mai 2007);
- **un travail technique** de développement du site.

C'est l'accompagnement des équipes des MDPH et, au-delà, des professionnels qui constitue la priorité de la CNSA. A ainsi été élaborée une maquette de calcul automatique destinée à faciliter la détermination du montant de la prestation de compensation en matière d'aides techniques. Cet outil a été accompagné d'un arbre décisionnel pour illustrer les différents cas possibles. Le double objectif est de faciliter l'utilisation harmonieuse des règles de calcul dans les MDPH et de les faire connaître aux distributeurs.

Plus structurant encore est le projet de création de centres experts nationaux sur les aides techniques. Ce sont des centres de ressources pour les institutions et les professionnels travaillant en réseau, destinés à faciliter l'accès des personnes aux aides sophistiquées dont le besoin est reconnu. Chaque centre s'inscrira dans un réseau international thématique dont il sera le référent français. Le cahier des charges élaboré au sein de la commission spécialisée du Conseil scientifique de la CNSA a défini plusieurs missions :

- ▶ la collecte, la validation et la normalisation d'une information exhaustive ;
- ▶ une fonction de centre d'essai mettant à disposition du matériel ;
- ▶ l'observation technologique pour un suivi de l'évolution de ces produits ;
- ▶ la formation continue des professionnels de l'évaluation, notamment des MDPH ;
- ▶ la recherche et l'innovation, en particulier par un appui méthodologique et pratique à l'évaluation des prototypes.

Un appel à projets va être lancé au second semestre 2008 par la CNSA pour expérimenter ce concept sur cinq thématiques : mobilité, stimulation cognitive, habitat et logement, interfaces fonctionnant *via* des technologies de la communication et de l'information, robotique.

* Développer une politique partenariale au service de la qualification et de la professionnalisation des intervenants du secteur

Héritière du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) créé en 2002, la section IV du budget de la CNSA est le levier financier de sa politique de modernisation des services à domicile et de professionnalisation des intervenants auprès des personnes en perte d'autonomie.

Depuis 2005, cette politique a vu son champ d'action étendu et ses principes et moyens d'action redéfinis.

Le transfert du FMAD à la CNSA s'est ainsi accompagné d'une extension de la politique de professionnalisation des aides à domicile aux personnels des établissements médico-sociaux pour personnes âgées. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a ensuite ouvert la section IV aux services à destination des personnes handicapées.

À partir de 2006, la mise en place d'un cadre organisé pour le développement de la modernisation et de la professionnalisation des services a été le souci constant de la CNSA et de l'État. La poursuite de cette action est la condition d'un déploiement du dispositif de professionnalisation à la hauteur des enjeux quantitatifs et qualitatifs qui ont inspiré le plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, lancé par Valérie Létard, secrétaire d'État à la solidarité, en février 2008.

Une double démarche de structuration de la politique d'aide à la modernisation des services à domicile

La section IV finance directement les associations de services à domicile qui présentent un projet de modernisation ou de professionnalisation. Les services de l'État sont chargés d'agrérer les projets que la CNSA finance. Depuis 2005, ce sont six cents à huit cents dossiers ainsi traités par an, pour un montant moyen de 23 000 €.

Ce face-à-face avec les porteurs de projets individuels ne permet toutefois pas à la CNSA d'appréhender correctement les stratégies de modernisation portées par les conseils généraux, responsables de la planification de l'offre de services pour les personnes âgées et handicapées, ni la politique conduite par les têtes des réseaux de l'aide à domicile ni, par conséquent, de bien articuler son intervention financière avec celles-ci.

Pour renforcer la cohérence sur le terrain des aides à la modernisation et accroître son efficacité, la CNSA a décidé de s'engager dans un double mouvement de partenariat.

Le premier a été lancé dès 2006 avec les conseils généraux (*cf. encadré*). La circulaire conjointe CNSA-DGAS du 5 juin 2008 annonce la généralisation de ce mouvement pour fin 2009.

Le second doit permettre d'apporter un appui aux opérateurs nationaux de l'aide à domicile. Le partenariat avec les grandes fédérations du secteur, décidé en 2007, a vocation à les renforcer et les responsabiliser dans la modernisation de leur réseau.

Les fédérations d'associations ou de services d'aide à domicile (UNA, ADESSA, ADMR, UNCASS, FEPEM) ont présenté des programmes

de modernisation de l'ensemble des structures de leurs réseaux qui, pour certains, ont déjà donné lieu à conventionnement, et sont en cours de négociation pour les autres.

Au protocole de coopération, signé le 9 mars avec l'Union nationale des soins et des services à domicile (UNA) par Valérie Létard et le directeur de la CNSA, sont adossées neuf conventions sur la politique de ressources humaines, la généralisation des bonnes pratiques professionnelles et la démarche qualité au sein du réseau UNA ainsi que sur la mise en œuvre d'un programme d'information et d'appropriation de cette démarche de modernisation. En 2008, la participation de la CNSA à la mise en place du projet UNA est d'environ 1 M€. Au cours des deux années suivantes, la CNSA cofinancera la montée en charge du programme avec les têtes des réseaux, à hauteur de 9 M€ par an.

TROIS ANS D'ACTION

Politique conventionnelle avec les départements sur la modernisation des services

Cette politique conduite sur la section IV de la CNSA a été décidée pour écarter les risques de dispersion des crédits, de multiplication des responsabilités en matière de modernisation et de professionnalisation des services à domicile et d'absence de cohérence avec les politiques locales conduites par les conseils généraux.

Janvier 2006 : le plan d'action sur la modernisation des services DGAS/CNSA fait du développement d'une politique de conventionnement avec les départements l'un de ses quatre axes. En octobre 2006, dix-huit conventions sont signées ; vingt-cinq sont en cours d'exécution au premier trimestre 2008. Les conventions de modernisation des services sont conclues pour une durée de trois ans entre le département, l'État et la CNSA.

Juin 2008 : la généralisation de la démarche. La circulaire du 5 juin 2008 donne la priorité à la signature de conventions départementales. L'objectif est de doubler le nombre de conventions fin 2008 et de couvrir tout le territoire national d'ici à fin 2009. Dans les départements dans lesquels une convention est signée, les seules actions éligibles à un financement par la CNSA sont depuis 2008 celles qui sont incluses dans son champ.

Les régions au cœur de la mise en œuvre du plan des métiers

Le plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes fait l'objet d'une expérimentation dans trois régions : le Centre, l'Alsace et le Nord Pas de Calais. Il repose sur quatre axes principaux : faciliter l'identification des besoins ; recruter pour répondre à ces besoins, actuels et futurs ; former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels ; valoriser les métiers de la dépendance.

Les conseils régionaux s'engagent, par le biais de conventions-cadres signées avec la secrétaire d'État et la CNSA, à développer autour de ces grands objectifs une série d'actions innovantes, dont ils assurent le pilotage, pour une mise en œuvre à compter de septembre 2008. Le comité de suivi national se réunira chaque trimestre pour rendre un bilan en fin d'année 2009, avant la généralisation des actions et des outils les plus performants à l'ensemble des régions. L'engagement financier de la CNSA, réparti entre les sections IV et V de son budget, s'élève à 7 M€.

Les OPCA mobilisés sur la promotion professionnelle en établissements et services médico-sociaux

Les accords-cadres entre la DGAS, la CNSA et quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) – ANFH, UNIFAF, FORMAHP et CNFPT – sont le levier du développement de la professionnalisation pour les établissements et services médico-sociaux, non concernés par les conventions avec les conseils généraux. Signés pour trois ans en 2005, ils ont été reconduits pour une année supplémentaire, dans l'attente des orientations issues de la généralisation du plan des métiers.

Les avenants 2008, financés par la section IV du budget de la CNSA à hauteur de 10 M€, prévoient le cofinancement de parcours de formation qualifiants de personnels d'établissements et services médico-sociaux pour l'acquisition de l'un des diplômes suivants : aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, éducateur spécialisé. Il est prévu de soutenir par le biais de ces accords près de quatre mille parcours qualifiants sur une année.

Outre l'extension à ces deux derniers diplômes par rapport aux accords-cadres initiaux, les avenants 2008 étendent le champ des établissements et des services concernés à l'ensemble des structures relevant d'un financement par la CNSA (et non plus uniquement aux EHPAD) ; en outre, les circuits de demande de financement et de gestion des crédits sont simplifiés.

L'évaluation de ce dispositif reposera sur une batterie d'indicateurs permettant de déterminer l'effet levier des cofinancements apportés par la CNSA.

*** Les prestations : contribuer à un meilleur accès des personnes aux solutions de compensation**

En contact permanent avec les équipes des MDPH auxquelles elle apporte un appui juridique et un suivi des données d'activité, la CNSA s'est construit une expertise sur les prestations qui matérialisent le droit à compensation de la perte d'autonomie en assurant la solvabilisation des personnes concernées. Elle fait bénéficier de cette expertise les administrations responsables des évolutions législatives et réglementaires relatives aux prestations et assure également l'accompagnement des acteurs locaux dans la mise en œuvre de ces évolutions.

La CNSA a été très mobilisée par ce rôle d'interface sur le champ des prestations en 2008.



PLAN PERSONNALISÉ DE COMPENSATION

Ensemble individualisé, cohérent et évolutif des aides de toutes natures, spécifiques ou de droit commun, concourant à la compensation du handicap (aides humaines, animalières, techniques, au transport, aux aidants familiaux, au logement, etc.) et pouvant être mobilisées pour répondre à la situation d'une personne, dans son environnement. Ces aides sont identifiées à l'issue d'une évaluation pluridisciplinaire et personnalisée, sans préjuger des sources ni des niveaux de financement.

La simplification du paiement des prestations

Partenaire de l'Agence nationale des services à la personne depuis 2006, la CNSA a rejoint en juin 2007 le club chèque emploi service universel (CESU) que l'agence a créé pour accompagner les collectivités locales dans l'appropriation du CESU comme moyen de paiement de leurs prestations sociales. La CNSA a souhaité apporter sa contribution à la mise en place de cette action, qui lui est apparue de nature à améliorer le service et la gestion de l'APA et de la PCH dans les départements.

Dans ce cadre, la CNSA conduit plusieurs chantiers : l'élaboration d'un guide sur l'aide à domicile à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, une enquête sur la mise en place du CESU dans les départements, un travail sur la mise en place du tiers-payant pour le versement des cotisations sociales (avec l'ACOSS) ; elle fournit par ailleurs une assistance à maîtrise d'ouvrage au groupe de travail sur la dématérialisation du CESU.

L'accompagnement de l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants

Prévue par la loi du 11 février 2005 trois ans après son entrée en vigueur, l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants a été rendue effective par deux décrets du 7 mai 2008.

La CNSA a participé aux travaux préparatoires pour la conception de cette nouvelle prestation, en appui des services de l'État et de la CNAF. Elle a également fait des propositions sur les tarifs des aides techniques spécifiques aux enfants.

Pour la mise en œuvre très rapide de cette nouvelle prestation appliquée à compter du 1^{er} avril 2008, il a été nécessaire d'accompagner les équipes des MDPH. Deux réunions d'information ont été proposées dès le mois de mars et ont réuni près de quatre-vingts personnes des MDPH.

La CNSA a contribué à la réalisation d'une plaquette d'information à destination des familles et des professionnels, qui a été mise à disposition des MDPH et des associations nationales, les unes et les autres ayant été associées à son élabo-

ration aux côtés des services de l'État et des caisses nationales concernées. L'objectif était de fournir, dès la publication des textes réglementaires, un document explicatif pour la formation des acteurs locaux, avec un contenu élaboré en commun par tous les partenaires.

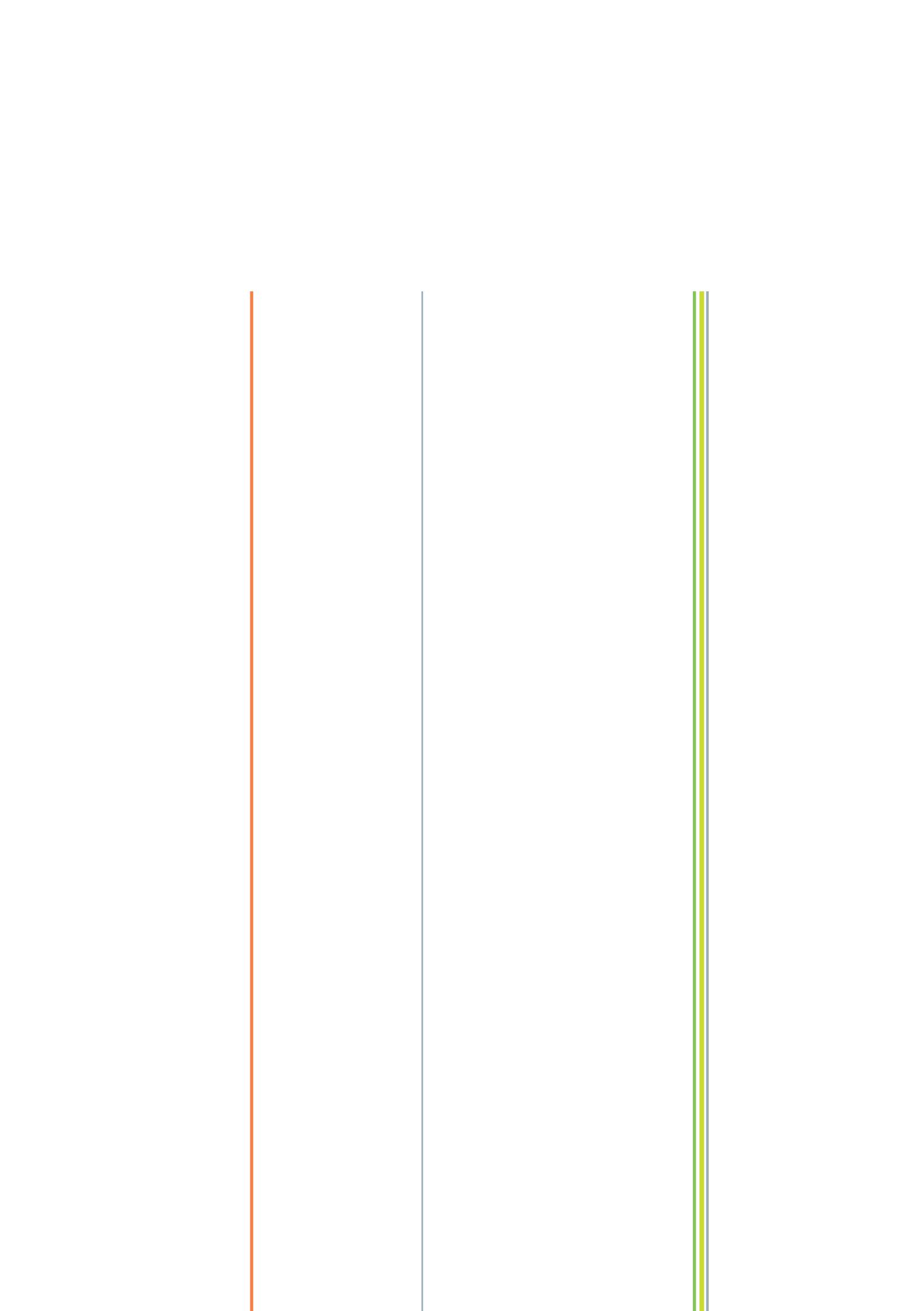
La réflexion sur l'évolution des prestations

La CNSA a apporté sa contribution aux travaux organisés par le ministre chargé de la Solidarité portant sur l'évolution de la PCH et de l'APA.

Dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, la CNSA s'est ainsi vu confier le copilotage, avec l'Assemblée des départements de France, du groupe d'appui technique consacré à la compensation, qui a associé de février à juin 2008 des représentants des associations, des MDPH et des départements, des fédérations de services à domicile et d'employeurs, et des administrations centrales. Les résultats de cette réflexion, présentés lors de la conférence, doivent alimenter le rapport qui sera transmis au Parlement par le gouvernement en fin d'année.

Par ailleurs, dans le cadre de la réflexion sur la création du 5^e risque, la CNSA a été sollicitée pour réaliser des études s'appuyant sur une comparaison des deux prestations APA et PCH, dans la logique de convergence suggérée par le rapport de son Conseil d'octobre 2007.

Enfin, une réflexion animée par le délégué interministériel aux Personnes handicapées, à laquelle participe la CNSA, a été entamée au cours de l'été 2008 pour concevoir une meilleure articulation de la prestation familiale destinée aux familles d'enfants handicapés (AEEH) et de la PCH enfants.



05

CHAP.



* RECHERCHE ET INNOVATION

**Développer la connaissance
au service des solutions de demain**

* **Le développement des connaissances à l'appui de l'action des services de la Caisse** 62

L'approfondissement de problématiques complexes grâce à l'appui du Conseil scientifique

Le financement des études et actions innovantes en soutien à l'action de la Caisse

* **La structuration du milieu de la recherche dans le champ de la perte d'autonomie** 66

L'approfondissement des partenariats autour des appels à projets

L'engagement d'une action de structuration en profondeur

Promouvoir la recherche dans le domaine de la perte d'autonomie, stimuler l'innovation dans le secteur médico-social : telles sont les clés du progrès dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Progrès technologiques ou amélioration de l'organisation des réponses, certes. Mais de cet investissement scientifique dépend aussi l'évolution de nos conceptions collectives sur la question de l'autonomie (et de ses limites) et, *in fine*, la place faite par la société aux personnes concernées par ces situations.

C'est très directement au service des chantiers qu'elle conduit que la CNSA soutient études et expérimentations, dans un souci permanent d'assurer leur diffusion. Mais elle se doit de participer également, auprès de ses partenaires, à la structuration du milieu de la recherche dans ce champ, afin que les efforts d'aujourd'hui se prolongent.

* **Le développement des connaissances à l'appui de l'action des services de la Caisse**

L'amélioration de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie à laquelle la CNSA est tout entière consacrée requiert d'anticiper les difficultés à venir, qu'elles soient d'ordre démographique, technique ou financier, ainsi que les progrès que permettra le développement de l'innovation dans différents champs disciplinaires de recherche. C'est une mobilisation scientifique qu'il s'agit d'organiser.

L'approfondissement de problématiques complexes grâce à l'appui du Conseil scientifique

Le champ de l'action publique dédié à l'accompagnement de la perte d'autonomie se caractérise par sa relative nouveauté. La place des personnes concernées par ces situations dans notre société et la conception collective de la prise en charge ont fortement évolué. La qualité des réponses nécessite souvent des travaux préalables de nature scientifique permettant de préciser les concepts sur lesquels elles reposent.

Le Conseil scientifique de la CNSA avait défini en 2006 six thèmes prioritaires à traiter :

- l'évaluation des besoins des personnes ;
- les données nationales et locales relatives au champ de l'autonomie ;

- la constitution de centres d'expertise pour les aides techniques ;
- l'organisation des réponses dédiées aux handicaps rares ;
- le développement de comparaisons internationales ;
- le développement de colloques et l'animation scientifique.

Des commissions spécialisées ont été mises en place sur chacun de ces thèmes faisant participer, aux côtés des membres du Conseil scientifique, les services de la CNSA concernés ainsi que des experts et des partenaires extérieurs. Ce mode de fonctionnement doit permettre de toujours bien articuler les réflexions d'ordre scientifique avec les politiques qu'elles doivent alimenter et ainsi resituer la recherche au service de l'action.

En 2008, deux de ces chantiers ont connu des aboutissements notables.

La commission spécialisée sur le handicap rare a conduit les travaux nécessaires à l'élaboration du schéma national sur les handicaps rares, confiée par la loi à la CNSA (*cf. chapitre 2*).

En matière d'évaluation, les travaux conduits et décrits au chapitre 3 du présent rapport ont mobilisé une importante expertise scientifique, tant sur la question des pratiques professionnelles que sur la place des usagers et l'utilisation des outils d'évaluation. Cette mobilisation sur la

question de l'évaluation s'explique à la fois par la place centrale qu'occupe le processus d'évaluation des besoins des personnes dans la définition de la réponse à apporter à chacun et la mission légale de la CNSA en matière de référentiels d'évaluation. La qualité de l'évaluation fonde le droit à compensation.

Ce thème a véritablement constitué un laboratoire pour l'action scientifique de la CNSA. C'est autour de lui que sont expérimentés et précisés le rôle du Conseil scientifique et de ses commissions pour développer une réflexion pluridisciplinaire, d'une part, et l'articulation entre des travaux scientifiques et l'action des services de la Caisse, d'autre part. Souhaitant inscrire cette réflexion dans une perspective d'animation scientifique, la CNSA a retenu ce thème pour organiser des rencontres scientifiques en février 2009. Il s'agira de son premier colloque scientifique à dimension internationale. Largement alimenté par les travaux de la commission spécialisée du Conseil scientifique relatifs à l'évaluation, cet événement est également le fruit des réflexions de ses deux autres commissions dédiées aux comparaisons internationales et à l'animation scientifique.

La Commission sur le partage des informations territoriales a décidé d'équiper les différents acteurs concernés par les données sur la perte d'autonomie d'un guide d'utilisation des statistiques dans les domaines du handicap et de la dépendance.

La Commission qui travaillait à la définition des centres d'expertise pour les aides techniques a achevé son travail d'élaboration du cahier des charges de ces centres. La phase de préparation de l'expérimentation a été lancée au dernier trimestre 2008 (*cf. chapitre 4*).

Le financement des études et actions innovantes en soutien à l'action de la Caisse

La section V du budget de la Caisse assure un financement relativement ouvert « des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes » entrant dans le champ de compétence de la CNSA. Elle couvre, notamment, les dépenses d'animation et de prévention et les frais d'études dans les domaines de la Caisse. À travers les cinq critères de sélection des projets qu'il a fixés, le Conseil de la CNSA a assez rapidement fait de la section V le levier par lequel la CNSA peut se positionner comme un acteur de stimulation de la recherche et de diffusion de l'innovation dans le domaine de la perte d'autonomie.

Le premier programme d'études, de recherches et d'actions innovantes mis en œuvre sur 2006 et 2007 a été structuré autour de quatre axes thématiques :

- la connaissance de la situation des personnes privées d'autonomie ;
- l'anticipation des problématiques émergentes, parmi lesquelles l'aide aux aidants, les études sur les modes de coordination ou de mise en réseau de l'accompagnement des personnes âgées, l'application des nouvelles technologies au service de l'autonomie... ;
- les aides techniques ;
- les mesures de l'efficience.

La CNSA intervient selon différentes modalités pour mettre en œuvre ce programme d'action. Elle a la possibilité de recruter des prestataires pour conduire des études précises dont elle est l'initiatrice. Elle peut s'associer à des partenaires institutionnels, tels que l'ODAS, l'AGEFIPH..., autour de projets d'intérêt commun au financement desquels elle contribue. Elle peut décider de soutenir les projets d'études, de recherches ou d'actions innovantes soumis pour financement par des porteurs de projets extérieurs, que ce soit dans le cadre d'un appel à projets ponctuel sur un thème précis (comme ce fut le cas avec l'appel à projets sur l'aide aux aidants au printemps 2007) ou de façon plus diffuse, sur la base des thèmes assez généraux du programme d'action. Les deux premières années ont surtout conduit la



ÉVALUATION

L'évaluation de la situation et des besoins de la personne est au cœur du droit à compensation. Pluridisciplinaire et multidimensionnelle, elle envisage tous les aspects de la situation : facteurs personnels, environnementaux, obstacles, facilitateurs aux activités et à la participation. Conduite dans un dialogue avec la personne, elle tient compte de son projet de vie et de son environnement pour que puisse lui être proposé, dans le plan personnalisé de compensation, un accompagnement adapté.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONNAISSANCE ET DES INNOVATIONS SELON DIX AXES

En 2008, le programme d'action en matière d'études, de recherches et d'actions innovantes est structuré autour de dix axes.

- 1/ Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie.
- 2/ Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne.
- 3/ Aides techniques.
- 4/ Aide aux aidants informels.
- 5/ Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie.
- 6/ Adaptation et amélioration des espaces de vie.
- 7/ Mesures de l'efficience.
- 8/ Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- 9/ Actions de prévention.
- 10/ Pédagogie et diffusion de la connaissance.

CNSA à étudier les demandes qui lui étaient soumises et de ce fait, à financer des projets très variés, parfois un peu épars. C'est ainsi qu'aux côtés du cofinancement de l'enquête Handicap santé, objet d'un partenariat avec l'INSEE et la DREES, figurent parmi la liste des projets financés l'appui à la modélisation de structures innovantes pour personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale ou de lieux de vie intergénérationnels. Cette pratique a permis à la CNSA de mieux cerner les attentes et initiatives des acteurs du secteur médico-social, mais a nécessité une mobilisation importante des services de la CNSA pour instruire les demandes, sans que puissent être satisfaits les besoins prioritaires en matière d'études.

Une évolution a ainsi été conduite avec le programme d'action 2008. L'intervention de la CNSA a été recentrée sur des projets présentant l'intérêt le plus grand au regard de ses missions. Dans un souci de plus grande lisibilité des priorités, le programme d'action a été découpé en dix axes, de façon à couvrir l'essentiel du champ de compétence de la CNSA (*cf. encadré ci-dessus*). Pour chacun de ces thèmes ont été recensés les partenariats souhaitables et les travaux à mener avec chacun de ces partenaires. Cette démarche répond notamment à la préconisation du Conseil scientifique de mettre en place une politique générale de partenariats autour de la section V.

Son objectif est de définir l'équilibre entre le besoin de mieux programmer les travaux de l'année à venir – ce qui passe par une définition en amont des projets à accompagner et à financer – et la nécessité de rester à l'écoute des initiatives de terrain.

Sur la base de ce programme d'action, la CNSA a ainsi poursuivi son engagement en faveur du développement de connaissances pour l'autonomie, à travers le financement de plus d'une soixantaine de projets (*cf. annexe 7*). Ses capacités d'intervention en la matière lui ont notamment permis d'accompagner, dès 2008, la mise en œuvre du plan Alzheimer dans toutes les dimensions de l'accompagnement médico-social des personnes concernées et de leur famille (expérimentation des MAIA, évaluation qualitative des formules de répit...).

Il faut noter que les actions évoquées dans ce programme ne constituent pas la totalité des travaux d'études engageant la CNSA, mais seulement ceux qui mobilisent ses crédits d'intervention. Or, la CNSA est souvent partenaire de travaux auxquels elle apporte son expertise et de nombreuses études sont conduites directement et intégralement par ses services. Il s'agit notamment de celles citées au chapitre 2 sur les centres d'action médico-sociale précoce, ou les services d'accompagnement médico-

sociaux pour adultes handicapés et services de soins infirmiers à domicile, ou encore l'enquête conduite en interne auprès des concepteurs, utilisateurs et usagers des outils d'évaluation.

L'amélioration de la lisibilité de la programmation des travaux d'études est un objectif qui devra encore être poursuivi en 2009 vis-à-vis des porteurs de projets à la recherche de financement, des partenaires de la CNSA et des équipes de la Caisse elles-mêmes.

Au-delà, l'année 2009 sera surtout consacrée au développement de la politique de valorisation des résultats obtenus dans le cadre des projets soutenus. Celle-ci devra être définie en lien avec l'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne de la recherche et de l'innovation.

*** La structuration du milieu de la recherche dans le champ de la perte d'autonomie**

L'approfondissement des partenariats autour des appels à projets

Le maintien sur plusieurs années d'une capacité financière d'intervention est l'une des conditions du développement de la recherche dans le champ de l'aide à l'autonomie. Seule une certaine pérennité permettra d'attirer durablement des chercheurs sur ce sujet, dont l'approche pluridisciplinaire constitue déjà un défi pour les milieux de recherche, qui sont principalement organisés par discipline.

Il faut également pouvoir pénétrer des milieux de recherche parfois assez éloignés de la question de l'accompagnement de l'autonomie.

Ainsi, la CNSA s'est attachée à construire des partenariats scientifiques avec des organismes bien identifiés dans le monde de la recherche, autour d'appels à projets s'adressant aux chercheurs. En 2007, sa participation financière et scientifique à quatre appels à projets de recherche a permis d'initier son réseau scientifique avec l'Agence nationale de la recherche (appel à projets sur les technologies de la santé – TECSAN), la Haute autorité de santé (appel à projets sur la prise en charge des personnes en

perte d'autonomie), les différents acteurs de l'Institut de recherche en santé publique dont la CNSA est devenue membre, notamment l'INSERM, et enfin, avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse autour du programme européen Era Age-Flare.

En 2008, la CNSA s'est consacrée à approfondir ces partenariats. Elle a ainsi prolongé sa participation à l'appel à projets TECSAN avec l'ANR et s'est engagée dans l'appel à projets « Territoires et santé » lancé dans le cadre de l'IRESP. Elle a également étendu ce réseau partenarial de recherche en s'associant à la mission recherche de la DREES sur deux appels à projets (sur le handicap psychique et la qualité de l'aide à domicile).

Enfin, elle a donné une ouverture européenne à sa démarche à travers une participation au programme européen « Assistance à l'autonomie à domicile » (*Ambient assisted living – AAL*). Ce programme a pour but de développer les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées et leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement habituel. Il donnera lieu à une série d'appels à projets, sur toute la période du programme (six ans). La France y est représentée, aux côtés de vingt autres pays européens, à travers la participation de l'Agence nationale de la recherche en partenariat avec la CNSA. La CNSA s'est engagée dans le premier appel à projets lancé en 2008 sur le thème : « Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la prévention et la gestion des conditions chroniques chez les personnes âgées ».

L'engagement d'une action de structuration en profondeur

Ces premières initiatives en direction des milieux de recherche se sont parfois heurtées, en termes de résultats, aux lacunes de la recherche relative à la question du handicap et de l'autonomie en France.

Alors qu'un milieu de recherche s'est progressivement constitué au niveau international et a contribué à l'émergence des *Disability studies*, la situation française reste médiocre.

L'insuffisance des moyens financiers et la dispersion des moyens humains se conjuguent au manque de visibilité des travaux, au cloisonnement disciplinaire et institutionnel, à l'absence de dispositif de coordination.

Convaincue que la connaissance ne pourrait se développer dans des proportions répondant aux enjeux, la CNSA a contribué à partir de 2008 aux initiatives de structuration du milieu.

Avec l'IRESP : constatant les difficultés des acteurs de la recherche sur le handicap pour répondre aux sollicitations qui leur sont adressées, les différentes parties prenantes de l'appel à projets sur le handicap ont décidé de lancer une action concertée. L'objectif est de définir les outils financiers et méthodologiques à mettre en place pour soutenir le développement de la recherche dans ce champ.

Avec la Mission recherche de la DREES (MIRE-DREES) : soucieux d'expérimenter sans attendre des solutions concrètes de soutien aux milieux de recherche régulièrement sollicités, la CNSA et la mission recherche de la DREES ont élaboré une convention-cadre. Ce projet commun se présente comme composante d'un vaste ensemble d'initiatives permettant de rendre compte des conditions nécessaires au développement et à la structuration d'un milieu de recherche sur la perte d'autonomie. Il s'agit pour ces deux opérateurs de se donner les moyens de conduire en commun une démarche structurée de soutien aux porteurs de projets et de signifier nettement à leurs partenaires institutionnels et scientifiques leur engagement pérenne en faveur de la recherche sur la perte d'autonomie.

Cette convention prévoit quatre modes d'intervention :

- ▶ le soutien apporté à des équipes ou à des porteurs de projets individuels dans trois champs principaux (l'aide au montage de projets de recherche, la valorisation et l'ouverture vers l'Europe et l'international) ;
- ▶ une démarche proactive de soutien à des réseaux de recherche ;
- ▶ des initiatives communes d'appels à recherches ;
- ▶ la mise en œuvre de conventions pluriannuelles d'objectifs avec des organismes de recherche.

TROIS ANS D'ACTION

Le Conseil scientifique

Un regard scientifique pluridisciplinaire...

Le décret du 20 avril 2005 fixe la composition du Conseil scientifique, constitué à parité de représentants des ministères et d'organismes nationaux d'études et de recherches et de personnalités qualifiées dans le champ de la perte d'autonomie. Nommés par arrêté du 23 janvier 2006, ces vingt-deux spécialistes de disciplines variées (médecins, économistes, anthropologues, sociologues, démographes, statisticiens...) initient au sein du Conseil scientifique la démarche pluridisciplinaire prônée.

... à la disposition du directeur et du Conseil de la Caisse...

Le Conseil scientifique peut être saisi par le Conseil ou le directeur de l'ensemble des questions d'ordre scientifique et technique entrant dans le champ de compétence de la Caisse. Depuis sa première réunion en mai 2006, le Conseil s'est réuni six fois (deux fois par an).

... favorisant la liaison chercheurs-professionnels

Le Conseil mobilise l'expertise de ses membres dans le cadre de commissions spécialisées dont il décide la création au regard des questions prioritaires à traiter (exemple : participation de la CNSA au financement de l'enquête Handicap santé). Les sept premières commissions, créées courant 2006, ont vu leur mission révisée en mai 2008. Ces commissions associent aux membres du Conseil scientifique les équipes de la CNSA ainsi que des professionnels et experts extérieurs.

**TROIS ANS
D'ACTION****Les appels à projets de recherche****2007****Technologies pour la santé et pour l'autonomie (édition 2007).**

Partenaire : Agence nationale de la recherche (ANR).
Quatre projets financés par la CNSA.

Évaluation et amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie.

Partenaire : Haute autorité de santé (HAS).
Quatre projets financés par la CNSA.

Appel à post-doctorants programme européens Flare.

Partenaire : CNAV.
Trois post-doctorants sélectionnés.

Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique.

Partenaires : DREES-INSERM (IRESP).
Quatorze projets financés.

2008**Technologies pour la santé et pour l'autonomie (édition 2008).**

Partenaire : Agence nationale de la recherche.
Trois projets financés par la CNSA.

Territoires et santé

Partenaires : la Direction générale de la santé, la DREES-MIRE, l'INSERM, l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la Délégation interministérielle à la ville et l'Institut des données de santé.

Sélection en cours.

Prévention et gestion des conditions chroniques faisant appel aux technologies de l'information et de la communication.

Partenaire : Agence nationale de la recherche – association européenne Assistance à domicile.
Sélection en cours.

Handicap psychique : définition, évaluation, compensation.

Partenaire : DREES-MIRE.
Neuf projets financés.

Qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles.

Partenaire : DREES-MIRE.
Sélection en cours.

Dans le cadre du plan Alzheimer : l'état des lieux sur lequel a été bâti le plan Alzheimer 2008-2012 en matière de recherche a lui aussi conduit à préconiser un important travail d'organisation de la recherche relative à la maladie d'Alzheimer. Le plan prévoit la constitution d'un réseau d'excellence sur ce sujet sous l'égide d'une fondation de coopération scientifique qui a été créée le 30 juin 2008. Membre fondateur de cette fondation, la CNSA y porte aux côtés de l'École des hautes études en santé publique le développement des sciences humaines et sociales dont dépendent les progrès en matière de qualité de l'accompagnement social et médico-

social. Elle a mis en place un groupe de liaison entre son Conseil scientifique et les groupes de travail de la fondation pour définir, en lien avec les principaux experts, les thèmes prioritaires et les modalités de leur développement.



06

CHAP.



* LA CNSA

Inscrire un nouvel opérateur dans le paysage institutionnel

✿ Un fonctionnement interne éprouvé	72
Le déploiement des outils d'organisation d'une équipe diversifiée	
La mise en œuvre des adaptations nécessaires après trois années de fonctionnement	
✿ L'insertion dans le paysage institutionnel	76
La gouvernance des systèmes d'information : l'accent mis sur l'articulation avec le champ de la santé	
Les partenariats institutionnels	

Les étapes n'ont pas manqué – création de la CNSA par la loi du 30 juin 2004, confirmation et développement par la loi du 11 février 2005, mission de préfiguration, constitution des équipes, reprise de procédures ou de dispositifs existants, création de nouvelles modalités de travail et de nouveaux outils de gestion – pour, au bout de quatre ans, constituer un opérateur reconnu de la protection sociale.

Un trait caractéristique mérite d'être souligné : l'impossible isolement de la CNSA. Cet opérateur s'appuie sur un ensemble de partenaires et un réseau d'acteurs dont il a fallu se faire connaître et reconnaître. Tout simplement parce qu'il est au service des personnes concernées et en appui des différentes autorités responsables.

Les équipes de la CNSA sont issues d'horizons variés et la fertilisation croisée des compétences se révèle le plus sûr moyen de mettre en œuvre les objectifs ambitieux et les finalités de la Caisse. Il est toutefois ici nécessaire de souligner que l'ampleur croissante des missions confiées à la CNSA nécessite désormais un renfort de compétences et une évolution significative de la Convention d'objectifs et de gestion État-CNSA, dans le cadre d'une restructuration intelligente des moyens publics.

La création de la Caisse ne s'est pas immédiatement traduite par l'existence d'un organisme autonome, puisque la loi du 30 juin 2004 a confié sa gestion au Fonds de solidarité vieillesse, qui gérait depuis 2002 le fonds de financement de l'APA. Ce n'est qu'en juillet 2005, après la nomination du directeur et des membres du Conseil, que la CNSA est devenue une institution de « plein exercice ».

Il lui a alors fallu créer de toutes pièces, pour l'essentiel, l'organisation et les outils nécessaires à l'exercice de ses missions. Sans que ce délai pèse sur sa capacité à fournir le service attendu, deux à trois ans ont été nécessaires pour qu'elle puisse présenter à ses interlocuteurs extérieurs une organisation et un fonctionnement lisibles et stabilisés. Si certains chantiers se poursuivent, la CNSA est, en 2008, à la fin d'un cycle d'installation.

★ Un fonctionnement interne éprouvé

Le déploiement des outils d'organisation d'une équipe diversifiée

Très ouverte, la composition des équipes de la CNSA a été conçue pour rassembler la diversité des compétences requises par la multiplicité de

ses missions. Le développement des effectifs n'a fait que renforcer cette caractéristique présente dès les premiers recrutements. La CNSA emploie des fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, mis à disposition ou en détachement, et des agents de droit privé sous convention collective UCANSS venus des organismes de sécurité sociale, mais aussi d'autres secteurs professionnels. Une attention particulière a bien évidemment été portée au recrutement de personnes handicapées et au respect des dispositions légales en la matière. Les agents de la CNSA expérimentent ainsi, avec sa richesse et ses difficultés, la pluridisciplinarité érigée par la loi de 2005 comme le principe de fonctionnement des MDPH.

Afin de disposer de façon ponctuelle de spécialistes sur des sujets particuliers, la CNSA a en outre recours à des experts, par exemple des formateurs pour l'accompagnement des MDPH. Le choix d'une structure légère de conception et d'animation a également conduit la Caisse à sous-traiter la réalisation de nombreux projets, notamment informatiques, en faisant appel à des prestataires extérieurs dans le cadre du Code des marchés publics. Enfin, les délais incompressibles liés aux procédures de recru-

PROFIL D'UNE ÉQUIPE

- Fin 2008, l'effectif de la CNSA est de 84,17 équivalents temps plein travaillés.
- 68 personnes sont recrutées sous contrats de droit privé relevant de la convention UCANSS ; les autres sont des agents de la fonction publique.
- L'équipe de la CNSA est très féminisée (près de 65 %).
- La CNSA accueille chaque année entre 1 et 2 stagiaires à temps plein ainsi qu'un apprenti.
- Elle emploie 5 travailleurs reconnus handicapés.

tement ainsi que la nécessité de faire face à des pics pour des activités à caractère cyclique, telles que le traitement du plan d'aide à la modernisation ou l'appel à projets « Bien vieillir », ont conduit à recourir à l'intérim dans le cadre de l'enveloppe de crédits de fonctionnement votée par le Conseil.

Fin 2008, les effectifs atteindront le plafond d'emploi fixé par l'État de quatre-vingt-dix postes. Par ailleurs, les équipes de la CNSA commencent à se renouveler, notamment les membres de son équipe de direction, au premier rang desquels le directeur de la Caisse, Denis Piveteau, remplacé à cette fonction en juin 2008 par son adjoint, Laurent Vachey. Ces derniers mouvements ont été accompagnés d'une modification de l'organigramme recentrant la direction des systèmes d'information sur la maîtrise d'œuvre, la maîtrise d'ouvrage étant désormais intégrée dans les directions métiers et coordonnée par la direction générale.

Parallèlement à la croissance des effectifs, enregistrée entre 2005 et 2008, la Caisse s'est dotée progressivement des outils d'une politique des ressources humaines.

Un ensemble de procédures internes portant notamment sur les circuits d'élaboration des conventions passées sur les crédits des sections IV et V du budget, la passation des marchés, la gestion des budgets de service, le recrutement des personnels, l'accueil des stagiaires, les déplacements et la sécurité ont été élaborées et formalisées dans un classeur diffusé au cours de l'été 2007 et qui sera complété et mis à jour régulièrement.

Le comité technique paritaire central (CTP), institué par arrêté du 4 août 2006, a été installé au milieu de l'année 2007 et a commencé à jouer son rôle d'instance du dialogue social à la fin de l'année. Il a été consulté en 2008, avant la mise en place à titre expérimental d'un dispositif d'horaires variables, sur l'habilitation de la Caisse à recevoir des apprentis et sur l'application de la loi modifiant les modalités de mise en œuvre de la journée de solidarité. Deux projets complémentaires ont pu y être présentés et discutés, mais ne sont pas encore en place : le compte épargne temps et la constitution du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Enfin, la CNSA est dans l'attente de la publication d'un décret l'assimilant à un organisme national du régime général de sécurité sociale, ce qui, compte tenu du rattachement d'une part importante de ses salariés à la convention collective des organismes de sécurité sociale, améliorera les perspectives de carrière de ces agents et facilitera leur mobilité.

La mise en œuvre des adaptations nécessaires après trois années de fonctionnement

L'expérience de trois années d'activité a donné à la Caisse le recul nécessaire pour mieux apprécier ses besoins et procéder à certains réajustements.

Les premiers marchés de prestations matérielles ou intellectuelles qui avaient été passés sur la base d'estimations, forcément approximatives, sont arrivés ou arrivent à échéance. Leur renouvellement est l'occasion de mettre en œuvre une politique d'achat plus adaptée,

notamment en matière de déplacements, de fournitures, de communication et d'informatique, ce dernier poste représentant une part très importante des dépenses de fonctionnement de la Caisse. Dans ce dernier domaine, la CNSA a tiré parti des instruments juridiques que fournit le nouveau Code des marchés publics, en ayant recours à deux accords-cadres, l'un d'assistance à maîtrise d'ouvrage et l'autre d'assistance à maîtrise d'œuvre. Après s'être assurée des prestations essentielles, la Caisse se dote de nouveaux outils, avec l'externalisation de la revue de presse quotidienne ou une prestation dans le domaine de la gestion de la connaissance, afin d'améliorer le service rendu à ses réseaux partenaires.

La politique de communication institutionnelle de la CNSA s'appuie sur une palette désormais bien diversifiée de supports qui s'adressent aux différents publics (*cf. encadré ci-dessous*). L'année 2008 a été consacrée à parachever certaines évolutions.

La refonte graphique et ergonomique des sites internet et extranet a été l'occasion de solliciter la labellisation de leur accessibilité par BrailleNet, représentant en France le consortium *Accessiweb*. Au premier semestre 2008, le site extranet s'est vu attribuer le label « bronze », qui correspond à un bon niveau d'accessibilité, lié à la possibilité pour les personnes handicapées visuelles de le consulter *via* des aides techniques (plage Braille, logiciel de synthèse vocale...). Le site internet, qui respecte en outre les recommandations relatives à la navigation, bénéficie du label « argent ». Engagée par ailleurs avec l'INPES dans une action relative à l'accessibilité des campagnes d'éducation à la santé aux personnes handicapées, la CNSA s'est proposée de développer une expertise sur ce sujet pour devenir un organisme de référence.

Eu égard à l'importance de l'animation de réseau dans ses missions, le chantier de l'optimisation des fonctionnalités du site extranet a été lancé, avec l'appui d'une nouvelle agence de communication.

TROIS ANS D'ACTION

Faire et faire-savoir : les outils de communication

En trois ans, la palette d'outils de communication a été enrichie au-delà des moyens classiques que sont les communiqués ou rencontres de presse.

Les outils électroniques de communication ont été mis en place dès janvier 2006 avec l'ouverture du site internet (www.cnsa.fr). Un site extranet a été ouvert en juillet 2006 afin de favoriser et de structurer l'échange d'informations avec les réseaux animés par la CNSA (MDPH, conseils généraux et services de l'État). Une refonte graphique et ergonomique, début 2008, a renforcé notamment leur accessibilité, qui a été labellisée.

La lettre de la CNSA rend compte trois fois par an de l'actualité de la CNSA depuis avril 2006. Elle est adressée aux interlocuteurs habituels de la CNSA, administratifs ou associatifs, à ses partenaires ainsi qu'à différents responsables publiques.

Le rapport annuel, dont la transmission au Parlement avant le 15 octobre est prévue par la loi, retrace l'activité des services de la Caisse et porte l'expression de son Conseil, sur le sens donné à son action. Le premier a été adopté en 2006.

La CNSA assure depuis 2006 **une présence institutionnelle sur les deux salons** concernant son champ, les salons Autonomic et Géront Expo-Handicap Expo, qui ont lieu alternativement à Paris tous les deux ans en mai et juin.

Enfin, dans le cadre de sa mission légale d'information et de diffusion des bonnes pratiques en matière d'aide à l'autonomie, **des partenariats presse** ont été mis en place, sur une longue période, comme avec le Journal de l'Action sociale, la radio Vivre FM, la revue Être Handicap Information ou, plus ponctuellement, la revue Pluriels.



CONVERGENCE

Approche commune des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont. Elle ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrets. C'est une « convergence sans confusion » qui s'oppose, par construction, à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations.

Enfin, une attention particulière a été portée aux outils quotidiens de travail en équipe et un intranet a été lancé, structurant en interne l'information mise à disposition de tous. Par ailleurs, la messagerie a été sécurisée. La CNSA s'est dotée également d'un service de documentation à usage interne.

La mise en place d'une fonction de contrôle interne et la création d'un outil de gestion des subventions complètent ce tableau rapide et rendent compte de la consolidation des fonctions supports au service de l'action.

Ces différents chantiers sont conduits avec le souci permanent de maîtrise des frais généraux (limités à 0,1 % du budget), condition de la confiance de l'opinion dans la bonne utilisation des fonds issus de la solidarité nationale au service des personnes en perte d'autonomie.

★ L'insertion dans le paysage institutionnel

Comme tout nouvel organisme, la CNSA a dû veiller à ce que son action contribue à clarifier les relations entre les acteurs et non à les complexifier.

La gouvernance des systèmes d'information : l'accent mis sur l'articulation avec le champ de la santé

L'insuffisance des sources d'information relatives à l'aide à l'autonomie, ainsi que le défaut d'accessibilité et d'organisation de l'information disponible au service des politiques, avaient été régulièrement regrettés par les commissions parlementaires et la Cour des comptes. C'est pourquoi la mise en place de systèmes d'information permettant d'améliorer le pilotage des politiques du handicap et de l'autonomie a été une préoccupation de la première heure de la CNSA.

À cette fin, elle a mis en place une ingénierie basée sur quelques grands principes :

- mutualisation de l'expression des besoins par concertation entre les maîtrises d'ouvrage concernées, soit par la création d'une instance

permanente, soit par celle de groupes de travail *ad hoc* ;

- apport par la CNSA d'une valeur ajoutée spécifique à chaque projet auquel elle contribue, selon différentes modalités : dans le domaine réglementaire (démarches auprès de la CNIL...), de l'ingénierie de projet, en tant qu'instance de concertation entre acteurs, par la mise à disposition de ressources (documents de spécification,...), par l'amélioration des outils, la facilitation des échanges... ;
- recours au standard de normalisation ou d'interopérabilité ou encore préconisation en cas d'absence ;
- subsidiarité dans la construction des différents constituants du système d'information : ainsi, si la CNSA produit des textes ou des spécifications d'intérêt commun, il ne lui appartient pas d'interférer avec les organismes qui en ont la charge, ni d'intervenir dans le choix ou le développement de logiciels.

Les travaux précis, conduits pour construire les différents outils du système d'information dans le champ des établissements et services et dans celui de la compensation individuelle, ont été décrits aux chapitres 2 et 3.

Conformément à la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État, la CNSA a participé aux instances de concertation et d'arbitrage entre les différentes maîtrises d'ouvrage participant à la définition des systèmes d'information dans le champ du handicap et de la dépendance mises en place au ministère : le Comité de pilotage stratégique des systèmes d'information de la perte d'autonomie (CPSSIP), présidé par le secrétaire général des ministères en charge des Affaires sociales et coprésidé par le directeur de la CNSA, et le Groupe de maîtrise d'ouvrage opérationnelle (GMOAO). Cette participation a permis de s'assurer que les systèmes d'information conçus par la CNSA ou auxquels elle collabore étaient en adéquation avec les politiques générales du handicap et de l'autonomie et de suivre la bonne marche des projets lancés, qu'il s'agisse des systèmes d'information des MDPH ou des établissements et services.

Parallèlement, des démarches de clarification générale se sont poursuivies. La CNSA a rejoint deux groupements de maîtrise d'ouvrage dans le champ de la santé.

► **L'Institut des données de santé (IDS)**, groupement d'intérêt public mis en place en 2007 avec, pour mission, de favoriser la connaissance globale du système de santé en facilitant l'accès et le partage des données entre ses membres et avec le monde de la recherche en santé publique. Dans ce cadre, la CNSA a présenté ses projets de systèmes d'information. Il est à noter que l'IDS a soutenu dans son rapport au Parlement la méthode collaborative de la CNSA pour

construire le système d'information relatif aux caractéristiques des bénéficiaires des décisions des CDAPH et l'a encouragée à l'étendre à d'autres dispositifs.

► **Le groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH)**, créé en 2000, avec pour mission « de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé ». Ses compétences ayant été élargies à « *l'échange d'informations dans les*

TROIS ANS D'ACTION

Les conventions de la CNSA

La CNSA a tissé un réseau de partenariats institutionnels avec les organismes agissant dans son champ.

- Convention d'objectifs et de gestion État-CNSA (23 janvier 2006).
- Agence nationale des services à la personne (ANSP – 21 août 2006).
- Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH – 21 février 2007).
- GIP-Institut des données de santé (30 avril 2007).
- Institut de recherche en santé publique (IRESP – 28 mai 2007).
- Club chèque emploi service universel (CESU – mai 2007) : ANSP-ADF-Réseau IDEAL.
- Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH – 25 juin 2007).
- Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) – 4 juillet 2007).
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES – 11 juillet 2007).
- Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV – 15 octobre 2007) pour 2007-2009.
- Conventions d'appui à la qualité de service avec les cent conseils généraux (2007).
- Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT – 28 novembre 2007).
- Convention financière avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS – 3 décembre 2007).
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS – 9 janvier 2008) pour 2007-2009.
- Fondation de coopération scientifique Alzheimer (juin 2008).
- Assemblée des départements de France (ADF – 30 septembre 2008).
- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA – en cours, prévue en 2008).
- Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé et des Affaires sociales (DREES en cours).
- Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH – en cours).
- Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHP – en cours).

Au-delà de ces relations partenariales de nature institutionnelle, la CNSA a également conclu une douzaine de conventions financières avec les régimes d'assurance maladie, avec l'ACOSS et 4 000 conventions de subvention avec différentes associations bénéficiant d'une aide au titre de la section IV et de la section V du budget ou des organismes avec lesquels elle s'est associée autour d'un projet (l'ODAS, l'Agence nationale de la recherche, la Haute autorité de santé, le CERAH, HACAVIE, la Fondation Garches, l'UNA).

TROIS ANS D'ACTION

La mise en place d'une fonction support « financière, budgétaire et comptable »

Outre les circuits financiers existants avec les départements et hérités du FFAPA puis renforcés avec la création de la PCH et des MDPH, ont été organisées les relations financières avec les régimes d'assurance maladie, la branche famille et l'ACOSS, dans un cadre conventionnel. Par ailleurs, des procédures ont été mises en place et perfectionnées, afin d'assurer la gestion des dépenses courantes de fonctionnement de la Caisse ainsi que celle des subventions allouées dans le cadre des sections IV et V. Ces opérations ont ainsi généré près de 19 000 ordonnancements, le traitement de plus de 4 000 conventions, la création d'un fichier de plus de 3 000 tiers.

La CNSA s'engage à présent sur un double axe d'amélioration :

- d'une part, en construisant un outil interne de gestion des subventions et en recherchant un applicatif comptable mieux adapté à ses besoins ;
- d'autre part, en lançant un processus de contrôle interne, à travers une description détaillée de tous les processus financiers, l'identification et la hiérarchisation des risques et, au final, le recensement des contrôles existants et à développer.

Ces démarches permettront à la CNSA de faire procéder à la certification de ses comptes, gage envers ses tutelles, les membres de son Conseil et ses nombreux partenaires institutionnels, de la rigueur et de la transparence de sa gestion.

réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la continuité des soins » par la LFSS 2006, c'est tout naturellement que la CNSA a commencé à collaborer à ses travaux. Il s'agit en particulier de ceux destinés à juger de l'éligibilité au financement par le Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) des projets de système d'information des réseaux de coordination des soins. Une convention, en cours d'élaboration, favorisera des travaux communs sur la période 2008-2011 autour des systèmes d'information des établissements et services médico-sociaux et leur capacité à communiquer.

Il est à signaler que dans le champ des personnes âgées dépendantes et en particulier des bénéficiaires de l'APA, la connaissance statistique repose essentiellement sur des dispositifs d'enquête. La loi en cours d'élaboration sur le 5^e risque pourrait constituer une opportunité d'aller au-delà, sur le modèle des projets dans le champ du handicap.

Les partenariats institutionnels

La CNSA a noué avec les grands organismes intervenant dans le champ des politiques du handicap et de l'autonomie des relations conventionnelles visant à clarifier le rôle de chacun et les modalités de collaboration (*cf. encadré page précédente*).

Cette politique conventionnelle contribue à renforcer la visibilité et la lisibilité du rôle spécifique de la CNSA dans le champ des politiques d'autonomie. L'accueil de stagiaires et d'apprentis, qui commence à être une pratique bien ancrée, témoigne de ce que la CNSA est désormais identifiée comme un lieu de formation permettant d'acquérir une expertise valable dans le monde professionnel sur ces thèmes.

Cette politique se poursuit avec, tout d'abord, les organismes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse avec lesquels le conventionnement est prévu par la loi et précisé par le décret du 27 juillet 2006. La convention avec la CNAV a pu être signée en octobre 2007 et celle avec la CNAMTS a abouti le 9 janvier 2008. Un travail similaire avec la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) a été conduit en 2008.

Le positionnement original de la CNSA vis-à-vis des conseils généraux, qu'elle est chargée d'accompagner dans la mise en place des MDPH et de la compensation individuelle, s'est précisé progressivement à travers la mise en place de plusieurs instruments comme les outils d'animation du réseau et les conventions d'appui à la qualité de service, décrits au chapitre 3. La signature d'une convention avec l'Assemblée des départements de France (ADF) doit parachever le dispositif. L'Assemblée des départements de France a également vocation à être un lieu de partage d'expériences et de pratiques au sein duquel se construisent les prises de position. Le décret du 20 avril 2005 prévoit que c'est elle qui désigne les représentants des conseils généraux au Conseil de la CNSA. La convention signée entre l'ADF et la CNSA en septembre 2008 organise donc leur collaboration et leurs relations relatives aux missions des MDPH, à l'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH et aux concours financiers aux départements. Elle prévoit des travaux conjoints et un mode de travail en commun.

Une autre convention avec un nouvel organisme des politiques du handicap est en projet : le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Son élaboration bénéficiera du précédent avec l'AGEFIPH dont elle a vocation à prolonger les ambitions dans la fonction publique.

07

CHAP.



* CONSOLIDER POUR DÉVELOPPER

* Un rappel : la CNSA comme un laboratoire d'innovations	82
« Penser autrement » une politique publique	
Une régulation innovante : l'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services	
Un Conseil vécu comme un espace public	
* Des progrès restent à faire	85
* La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie	86
« Aide à l'autonomie »	
Une réponse personnalisée	
Un « droit universel »	
* La consolidation d'une gouvernance nouvelle	88
Gouvernance et champ d'action des MDPH	
Articulation des programmations départementales et régionales, voire nationales pour certaines situations	
La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice	
En allant jusqu'à déléguer un pouvoir réglementaire à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale des autorités centrales de l'Etat	

Si la CNSA a permis de nombreuses innovations dans la conduite d'une politique publique – en mettant l'accent sur l'analyse des besoins et la qualité de concertation entre les acteurs –, des évolutions restent néanmoins nécessaires. Elles seront à la hauteur de ce que permettraient la création d'un droit universel et le choix d'une gouvernance nouvelle.

* Un rappel : la CNSA comme un laboratoire d'innovations

La CNSA est, aux dires mêmes de la Cour des comptes, « une organisation *sui generis* ». En trois années d'existence, elle s'est imposée comme un acteur incontournable dans le champ de la protection sociale, notamment en constituant un laboratoire d'innovations importantes.

Les chapitres précédents du rapport du Conseil rappellent les résultats obtenus en trois ans. Ce chapitre 7 souhaite souligner la logique nouvelle que traduit la création de la CNSA.

« Penser autrement » une politique publique

Par les effets de la décentralisation et notamment lors de sa seconde phase (loi du 13 août 2004 et lois spécifiques suivantes), la collectivité départementale a été largement renforcée dans ses responsabilités et ses missions sociales et médico-sociales. Les conseils généraux se sont ainsi vu confier une pleine compétence en matière de gestion de proximité.

Le Conseil de la CNSA s'est accordé dans ses rapports précédents sur cette option qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie, et de veiller à une évaluation fine des besoins en valorisant le travail d'observation et d'analyse conduit sur chaque territoire départemental.

Ainsi, la CNSA se situe dans une fonction favorisant l'articulation et la cohérence entre la politique nationale et les politiques locales. Elle contribue à ce que les politiques nationales ne puissent être pensées ni mises en œuvre sans prendre en considération les contraintes locales et les situations propres à chaque département comme à chaque personne.

Les départements sont les premiers responsables de l'équité territoriale, dans le cadre de leur mission. La CNSA, par l'ensemble des moyens dont elle dispose – les aides financières, les conventions de qualité de service, la diffusion de bonnes pratiques et d'éléments de comparaison –, doit être en mesure de rendre compte du caractère effectif de cette équité sur l'ensemble du territoire.

La CNSA n'a pas de responsabilités dans la conduite des politiques de proximité, mais elle cherche à donner à ceux qui exercent ces compétences – les départements et les services déconcentrés de l'État – les moyens de les exercer, lorsque ces moyens peuvent être plus facilement mobilisés par une agence nationale. Attestent cette volonté la mise en œuvre réussie des conventions d'appui à la qualité de service entre chaque département et la CNSA, comme la démarche systématiquement retenue d'associer les départements et les acteurs concernés pour l'élaboration d'outils de gestion ou d'évaluation, ou encore la conception de formations adaptées. C'est l'illustration d'une gestion du risque responsable et innovante.

S'appuyant ainsi sur cet acquis d'expérience, le Conseil de la CNSA, reprenant les termes de son rapport d'octobre 2006, souligne que la création de la CNSA a été porteuse de sens au-delà du strict champ de ses compétences, en ouvrant une perspective pour « penser autrement » une politique publique.

« Penser autrement », c'est faire le choix de retenir un mode de régulation par la relation contractuelle et partenariale, en faisant le pari fonctionnel d'une gestion en réseau. Le travail avec les grandes associations et organisations nationales représentant les usagers et les professionnels, d'une part, avec l'Assemblée des départements de France (ADF) et d'autres partenaires, d'autre part, s'est progressivement et considérablement densifié sur ces bases.

« Penser autrement », c'est placer en premier l'écoute de la personne et de ses besoins. Partir du projet de vie d'une personne pour élaborer un plan personnalisé de compensation, c'est revendiquer un renversement de la pyramide usuelle en matière administrative. C'est en effet le projet de vie de chaque personne qui commande toute l'architecture institutionnelle, ce qu'évoque cette phrase du rapport du conseil d'octobre 2006 : « La personne en perte d'autonomie est le cœur de l'action ». La logique du guichet administratif et du dossier papier se voit « renversée » au profit d'une rencontre, d'un bout de chemin partagé.

Un travail important a été engagé sur la notion d'évaluation du besoin d'une personne au regard d'un projet de vie, avec les regards croisés de la connaissance scientifique, des usagers, des financeurs, des organisations représentatives des gestionnaires et des professionnels de l'évaluation.

Ce qui est vrai en réponse à un projet de vie l'est tout autant dans l'appréhension globale des moyens alloués. Ce n'est pas un montant budgétaire *a priori* qui doit déterminer la reconnaissance des besoins. Les besoins ont à être le mieux possible identifiés en amont des choix budgétaires, de manière à ce qu'ensuite le budget puisse exprimer un choix de priorités dans les réponses apportées et traduire donc une stratégie collective.

Une régulation innovante : l'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services

On prendra ici le parti d'exposer plus en détail les innovations concernant la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services, parce qu'elle est révélatrice d'une « marque de fabrique ».

Ainsi, le premier objectif poursuivi a été une **notification des crédits** le plus tôt possible dans l'année, en faisant en sorte que la date du 15 février soit scrupuleusement respectée, ce qui a été le cas depuis trois ans. C'est en effet la seule voie crédible pour permettre aux services déconcentrés de l'État de faire connaître aux gestionnaires d'établissements leurs moyens plus rapidement que par le passé.

Mais il fallait dans le même temps concevoir et mettre en œuvre un processus fondamentalement novateur, quant à la connaissance des besoins : ce sont les **PRIAC** (PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

Malgré quelques problèmes de démarrage, les PRIAC ont permis un changement fondamental de politique, avec le passage de l'offre de moyens à celui d'une réponse prioritaire aux besoins.

L'objectif poursuivi est en effet d'exprimer l'étendue du besoin d'accompagnement médico-social, dans une région, à horizon de quatre ans. L'évaluation des besoins doit pour cela s'appuyer sur les projections des schémas d'organisation départementaux, additionnées de tous les besoins qui n'apparaissent qu'à l'échelle de la région. Elle se nourrit d'études locales spécifiques, conduites de manière conjointe avec les conseils généraux. Elle s'appuie sur la concertation avec le milieu professionnel et associatif, notamment réunis au sein des CROSMS.

Les PRIAC doivent, conjointement, rendre lisibles les priorités régionales. En effet, si tous les besoins reconnus doivent faire l'objet d'une recension exhaustive, tous ne sont pas, à l'évidence, réalisables ou finançables dans l'immédiat. C'est la vertu d'un ordre optimal de réalisation, définissant, sur un plan territorial et thématique, les lignes prioritaires des réponses à apporter. Là encore, la perspective tracée est que ces priorités s'inscrivent au terme d'une démarche faisant une large place à la concertation, de manière publique et transparente. Du même coup, les PRIAC peuvent servir à orienter la répartition territoriale et thématique de l'ONDAM médico-social après son adoption par le Parlement, sachant que les besoins identifiés par les PRIAC doivent être complétés, sur proposition de la CNSA, par ceux, difficilement identifiables, au niveau régional. C'est le cas de ceux, plus minoritaires, qui n'apparaissent qu'au niveau plurirégional, voire national.

Les PRIAC peuvent alors guider l'engagement des **enveloppes anticipées**, de sorte que certaines actions définies comme prioritaires pourront recevoir par anticipation une autorisation d'ouverture avec une ou deux années d'avance. Le principe des enveloppes anticipées consiste en effet à autoriser tout de suite ce qui sera financé par les ONDAM des années postérieures. Cela n'a pas pour effet d'augmenter au total les crédits répartis, mais cela contribue à ce que les moyens attribués soient effectivement utilisés. À cette fin, le parti a été retenu d'un montant significatif pour ces enveloppes anticipées, pour conforter la crédibilité des programmations nationales et régionales, puisqu'annuel⁽¹⁾.

Il est également indispensable **de suivre la réalisation effective et les ouvertures des places nouvelles**, aussi bien dans chaque département et région que pour la France entière. Une remontée d'informations s'organise de telle manière que le suivi concerne, non pas seulement les autorisations de places, mais aussi toutes les places en fonctionnement réel, sans tenir compte de tout ce qui a pu se décider depuis deux ou trois ans et qui n'est pas encore sorti de terre. C'est en suivant la réalisation « effective » des places qu'on peut voir si les programmations sont bien faites⁽²⁾. Et c'est en suivant les coûts de réalisation effectifs qu'on peut savoir si les coûts prévus dans les plans sont réalistes ou non.

Enfin, il faut souligner l'innovation qui a permis d'inscrire dans les compétences de la CNSA **la possibilité d'intervenir de plein droit, chaque année, non seulement sur le fonctionnement des établissements, mais aussi sur l'investissement et sur la formation**, faisant du même coup de la CNSA, sur son champ de compétence, un opérateur global de l'accompagnement de l'offre médico-sociale.

Un Conseil vécu comme un espace public

Il importe ici de souligner le rôle particulier que joue le Conseil de la CNSA en tant qu'« espace public ». C'est la garantie d'association entière de l'ensemble des parties prenantes à la gouvernance.

Le Conseil de la CNSA représente une voie possible de confrontation de points de vue, grâce notamment à la transparence et à la qualité de l'information qui lui est transmise. Si l'observation est vraie selon laquelle nous avons besoin d'un débat public de qualité pour dessiner les priorités de l'action publique, sauf à se borner à des équilibres budgétaires de court terme, alors il y a une voie nouvelle pertinente dans la participation des partenaires sociaux et économiques, du monde associatif, des organismes

(1) 80 % des crédits attribués à la création de places nouvelles sont ainsi engagés un ou deux ans avant le début de l'exercice.

(2) À titre de comparaison, la mise en œuvre d'un suivi de la réalisation effective dans le secteur sanitaire aurait pu mettre en évidence les différentiels trop souvent constatés entre lits autorisés et lits installés.

de protection sociale et de prévoyance et des élus locaux à la réflexion sur les priorités de l'action publique, aux côtés de l'État.

Les membres du Conseil, dans leur grande majorité, refusent la distinction, préconisée par certains points de vue, entre un conseil exécutif, qui serait limité aux financeurs et un conseil d'orientation ou de surveillance, simple lieu de débats et d'échanges.

Le Conseil reprend bien entendu les préconisations qui figurent dans son rapport d'octobre 2007, quant à sa composition et à son fonctionnement.

Le Conseil de la CNSA doit pouvoir continuer d'exercer la plénitude de ses compétences en articulation avec le comité de coordination du système de santé, dont la CNSA sera membre, ce dernier étant pour sa part chargé, par la loi en préparation, « du pilotage, de la coordination et de l'évaluation des agences régionales de santé ».

* Des progrès restent à faire

Après trois ans de fonctionnement de la CNSA, la plupart des outils fondamentaux sont en place ou en voie de l'être : les conventions d'appui avec les départements, les PRIAC et les enveloppes anticipées, les remontées et restitutions d'informations, même s'ils doivent encore progresser. En conséquence, l'action va pouvoir commencer à se structurer autour d'objectifs moins « instrumentaux », qui traduisent davantage les finalités de l'action de la CNSA.

Il convient néanmoins de consolider les outils mis en place. La connaissance précise des besoins reste un objectif majeur, elle devra même toujours faire l'objet de réflexions complémentaires et d'évaluations, notamment pour certains types de situations de handicap, pour ne pas verser dans l'illusion de maîtriser ce qui, par essence, n'est pas maîtrisable. Une attention déterminante doit être impérativement portée au **renforcement de la concertation autour des PRIAC, avec en particulier une articulation plus nette avec les schémas départementaux**, dans le cadre notamment des CROS-MS. Cela d'autant plus que l'outil PRIAC a été conçu pour permettre suffisamment en amont des réflexions prospectives concertées sur l'évaluation des besoins, sans se polariser sur le seul moment du renouvellement annuel des PRIAC. Le rôle des PRIAC devrait se trouver conforté par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires), y compris avec la mise en place des ARS (Agences régionales de santé).

De même restent regrettables, voire inacceptables pour certains, l'exécution insuffisante des crédits, le retard pris chaque année par la campagne de tarification, notamment pour ce qui a trait aux conventionnements tripartites, et les difficultés d'application de la démarche PATHOS⁽³⁾. **L'intégralité des excédents des exercices antérieurs doit être maintenue dans le budget de la Caisse et les sommes déjà prélevées doivent lui être réaffectées.**

Les membres du Conseil ajoutent ici **la nécessaire vigilance qui doit s'exercer lors des arbitrages budgétaires, pour que soient maintenus à hauteur des besoins le rythme et l'ampleur des créations de places et d'emplois**, tant à domicile qu'en établissement, financées notamment par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social, ou par les départements qui souvent, faut-il le rappeler, cofinancent, sans oublier le développement de la qualité dans les structures existantes.

(3) Que vient compenser en partie la mobilisation de soixante formateurs PATHOS en 2009.

Quant aux progrès de ces dernières années dans l'aide à l'autonomie que s'est attachée à faire vivre pleinement la CNSA, ils en appellent de nouveaux, en raison de la forte pression des besoins à satisfaire. Les membres du Conseil de la CNSA soulignent, en particulier, ce que développe le rapport d'octobre 2007, les discontinuités et cloisonnements qui sont à la fois générateurs de complexité pour les personnes, de moindre qualité de leur prise en charge et de risque de rupture dans l'accès à leurs droits.

Dès lors, pour répondre à ces attentes et progresser en efficacité, deux orientations majeures guident la réflexion des membres du Conseil de la CNSA :

- ▶ la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie ;
- ▶ la consolidation d'une gouvernance nouvelle, notamment pour résoudre la lourde question du retard d'exécution des crédits.

* La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie

La création de ce droit universel fait l'objet du document d'orientation présenté le 28 mai 2008 par le gouvernement et d'une concertation engagée par le gouvernement depuis juillet 2008.

Le Conseil tient à rappeler ici, à l'occasion de la concertation actuellement conduite par les pouvoirs publics avec les acteurs concernés, les points principaux de la réforme attendue pour mettre en œuvre ce droit universel, tels qu'il les a retenus dans le rapport d'octobre 2007.

« Aide à l'autonomie »

Toute personne, quels que soient son âge, sa situation de handicap ou ses pathologies, et éprouvant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne (actes essentiels, activités domestiques, activités sociales) doit pouvoir bénéficier temporairement ou durablement d'un droit à compensation, le périmètre d'entrée à ce droit universel devant être encore précisé, suite aux travaux des groupes de concertation dont la mise en place a été annoncée par les ministres.

En choisissant les mots « aide à l'autonomie », les membres du Conseil ont voulu exprimer que parler du 5^e risque, c'est bien sûr penser aux difficultés des personnes très âgées, mais c'est tout autant accompagner les personnes en situation de handicap, quelle que soit la cause de cette situation. C'est tout autant faire preuve de solidarité active vis-à-vis de personnes dont la maladie a laissé des traces terrifiantes dans leur vie quotidienne.

À ce titre, doit être clairement défini ce qui relève du soin et de la perte d'autonomie. **Aider à l'autonomie, c'est répondre à un projet de vie.** Telle est l'une des orientations clés. Il est dès lors pertinent d'éviter d'employer le mot « dépendance », ou « risque dépendance ». À trop employer le mot « dépendance », on donnerait à penser qu'il s'agit seulement de faire au mieux pendant un certain temps, là où il s'agit de permettre la réussite d'un projet.

Une réponse personnalisée

Toute personne admise à ce droit universel à compensation doit bénéficier d'une évaluation multidimensionnelle de sa situation, dont l'objectif est de déterminer un plan de compensation personnalisé. Le Conseil souhaite affirmer que l'ensemble des ressources disponibles doit être mobilisé (aides humaines, techniques, animalières, entourage, logement, véhicule, offre de services...) afin que chacun, en fonction de sa propre situation, puisse accéder aux réponses le concernant dans sa singularité et sa spécificité.

Chaque situation de vie doit être reconnue en ce qu'elle a de propre, et la réponse apportée vaut pour chacun en particulier. Les membres du Conseil se sont tous reconnus dans cette idée d'une convergence des méthodes d'évaluation multidimensionnelle d'une situation partant des besoins de la personne, mais d'une différenciation des réponses, ce que le Conseil a nommé « *une convergence sans confusion* ».

Face à une situation de vie donnée, il s'agit de mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel de biens, de services et de prestations financières appropriées, quelle que soit la couverture sociale (prestation publique ou privée). C'est l'ambition du « plan personnalisé de compensation ».

Les dispositifs actuellement en vigueur (APA-PCH) méritent d'être améliorés à la lumière de cette nouvelle donne, l'universalité, afin de mutualiser ce qui fait tronc commun et de spécialiser des compétences en fonction des besoins spécifiques de chacun. Pour certains, on peut maintenir la diversité des termes pour les aides existantes, à condition que les modalités d'évaluation soient les mêmes. Pour d'autres, on doit rassembler sous le même vocable l'ensemble des prestations mobilisées, « la prestation personnalisée de compensation », pour marquer nettement le refus de voir une barrière d'âge conduire à des différences de réponses administratives. Cela étant, le Conseil a toujours veillé à ce que ses réflexions ne soient pas réductibles à une pure et simple fusion financière de l'APA et de la PCH, ce qui viderait de son sens l'ambition du droit recherché⁽⁴⁾.

Pour tous, la question se pose de l'ampleur des ajustements nécessaires des aides existantes et de la mobilisation pertinente des aides autres que l'APA et la PCH. Cela concerne par exemple la révision des limites d'emploi de la PCH et leur clarification, les personnes concernées et leur famille étant encore très souvent hors d'état d'opter pour la nouvelle prestation, faute d'éléments précis de comparaison avec l'ancien dispositif (AEEH et ACTP), ou la révision de certains plafonds de l'APA en évitant les effets de seuil, ou encore la maîtrise du reste à charge et la question du reste à vivre.

Un « droit universel »

Les membres du Conseil ont voulu exprimer que la première ambition collective doit être de garantir à tous nos concitoyens une réponse optimale lorsqu'il s'agit de compenser une situation d'autonomie altérée, et cela quelles que soient les modalités de son financement.

Concernant le financement de ce droit universel, **une majorité des membres du Conseil souhaite réaffirmer la place majeure de la solidarité collective via un financement public**, la perspective d'inscrire la solidarité pour l'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale restant même une revendication première pour certains.

Mais si un financement contractuel et des mécanismes de prévoyance devaient être envisagés par les pouvoirs publics, **la majorité des membres du Conseil préfère alors nettement la prévoyance collective à la prévoyance individuelle**. Pour le Conseil, la prévoyance collective peut s'entendre dans

(4) Supprimer les « barrières et clivages » ne doit pas aboutir à une sorte de standardisation des réponses (qui risquerait fort de se faire « par le bas »), mais au contraire se traduire par :

– d'une part, une approche cohérente et des outils communs (sinon convergents) d'évaluation des besoins, sans se réduire à la seule mesure des incapacités et des limitations qu'elles peuvent entraîner dans l'autonomie personnelle et sociale, car il s'agit aussi de permettre d'identifier les aspirations et projets des personnes, y compris pour les personnes en très forte perte d'autonomie ;
 – d'autre part, des paniers de biens et services, non pas « différents » mais différenciés : en effet, si on ne doit pas « standardiser » les services proposés aux plus ou moins de 60 ans et si on doit les différencier, il convient de rendre possibles un maximum de passerelles et de coopérations entre deux environnements (législatifs, institutionnels, professionnels, culturels) aujourd'hui excessivement cloisonnés.

son acception habituelle, c'est-à-dire issue de la concertation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, mais aussi sous d'autres formes rendant l'accès à ce type de contrat plus accessible que par la simple adhésion individuelle.

Et cette option des pouvoirs publics doit renvoyer à une concertation approfondie qui doit porter sur :

- ▶ le niveau optimal de garanties à couvrir et les règles communes (évaluation, référentiels), qui devront être élaborés et respectés par tous les organismes complémentaires et assureurs, qu'ils soient publics ou privés. Cela renvoie à la définition précise du contenu du droit universel, c'est-à-dire le référentiel commun de biens, de services et d'aides financières. **On ne pourra recourir efficacement à la prévoyance que si, et seulement si, est clairement identifié un droit universel.**
- ▶ le partage de l'effort public entre la solidarité nationale et les financements locaux. **Les départements soulignent leur attente d'un partage à 50-50, stable dans le temps⁽⁵⁾.**

La prévoyance pose différentes questions à traiter par ailleurs, comme la portabilité des droits ou la question de son caractère obligatoire. Le débat reste à conduire, certains soulignant l'importance d'un choix libre.

Les ministres ont exprimé le 28 mai devant les membres du Conseil de la CNSA leur souhait de mettre en place, dans le cadre du 5^e risque, « *un véritable partenariat public-privé avec les organismes de prévoyance individuelle et collective* ». Pour réussir, un partenariat public-privé devrait s'appuyer sur le préalable d'outils communs, donc coélaborés par tous les acteurs concernés, de reconnaissance de la perte d'autonomie, notamment des référentiels communs et une information objective, tant sur les aides publiques que sur les contrats privés, en contrepartie du respect de critères de solidarité, dans le cadre d'un cahier des charges garantissant les choix éclairés de ceux qui voudront y souscrire. La CNSA constitue, par son Conseil, l'espace public permettant de mieux faire vivre l'ambition d'un tel partenariat⁽⁶⁾.

✳️ La consolidation d'une gouvernance nouvelle⁽⁷⁾

S'appuyer sur une confiance partagée, sur la base de méthodes et d'outils communs, est l'orientation fondatrice pour une nouvelle gouvernance telle qu'elle a été proposée par les membres du Conseil dans leurs rapports successifs. Des choix peuvent être faits dans le cadre législatif existant et, de façon plus affirmée, dans la perspective du droit universel à un plan personnalisé de compensation.

(5) On sait aujourd'hui que la CNSA compense une partie de la dépense engagée par les conseils généraux, tant au titre de l'APA que de la PCH. Le Conseil de la CNSA rappelle ici que les conseils généraux demandent que la part de la CNSA représente, pour l'APA, la moitié des sommes engagées.

(6) Il s'agirait par exemple, avec la méthode retenue depuis trois ans associant tous les acteurs concernés pour construire et adapter différents outils, c'est-à-dire par un travail progressif de conviction et de construction partagées :

- d'élaborer et de valider les référentiels communs permettant l'évaluation par un dispositif commun (évaluation multidimensionnelle) et le déclenchement conjoint de la couverture publique et de la couverture par les organismes de prévoyance ;
- d'émettre un avis sur les clauses des contrats d'assurance s'inscrivant dans le cadre du partenariat public-privé ;
- d'assurer la transparence des données sur ces deux types de financement et les prises en charge qu'ils procurent, et de confronter et diffuser les bonnes pratiques d'évaluation des réseaux.

(7) Les acquis de ce qui a été mis en place depuis trois ans, mais aussi les insuffisances encore constatées, le rapport Gisserot, le rapport d'information de la mission sénatoriale, ou bien encore les conclusions des missions d'audit de la révision générale des politiques publiques (RGPP) incitent à revoir certains aspects de la gouvernance du dispositif institutionnel retenu depuis trois ans.

Gouvernance et champ d'action des MDPH

La Conférence nationale sur le handicap du 10 juin 2008 a mis en lumière l'inadaptation, par certains aspects, des conditions de fonctionnement des MDPH à leurs missions ; ainsi, le cadre juridique des GIP, s'il a permis transparence du fonctionnement et mise en place rapide en mutualisant les moyens, s'avère pénalisant au quotidien, notamment par l'instabilité des personnels mis à disposition.

Plusieurs aspects doivent être traités :

- ▶ s'assurer de la qualité et de la rapidité des décisions prises ;
- ▶ s'interroger sur le positionnement et le statut des personnels concourant au fonctionnement des MDPH, en examinant notamment la perspective consistant à les regrouper sous l'autorité du président du conseil général dans un cadre clarifié de détachement ou de recrutement direct ;
- ▶ garantir le rôle des associations, des organismes financeurs, en particulier les caisses de sécurité sociale du régime général, du régime agricole et des partenaires dans la gouvernance de la MDPH ;
- ▶ veiller toujours à l'indépendance et à la transparence des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

À défaut de trouver une solution dans le cadre des GIP, **un point d'équilibre optimal ne pourrait-il pas être atteint si les MDPH se voyaient dotées du statut d'établissements publics administratifs départementaux, dès lors que la composition du conseil d'administration de ces établissements rendrait compte, outre l'autorité du conseil général, de la place des associations, des organisations syndicales, des organismes financeurs de la protection sociale et des partenaires ?**

À terme, il serait conforme au souhait de créer un droit universel d'aide à l'autonomie⁽⁸⁾ **que les MDPH évoluent en « maisons départementales pour l'autonomie » (MDA)** assurant le même service au bénéfice de l'ensemble des personnes requérant une aide à l'autonomie, quels que soient l'âge et la cause de la perte d'autonomie.

Dans l'attente de parvenir à un dispositif MDPH stabilisé dans tous les départements, les départements souhaitant anticiper la mise en place des MDA pourraient expérimenter une nouvelle organisation. Mais il est ici rappelé que **la loi ne doit pas brider la libre administration des collectivités locales**. Certains départements préfèrent, au nom de ce principe, une intégration des MDPH dans leurs propres services : la loi à venir devra trancher ce débat.

En tout état de cause, il serait souhaitable, pour des raisons de meilleure rationalité dans l'organisation des circuits de financement, que la CNSA concentre sur son budget l'ensemble des moyens nationaux d'accompagnement du fonctionnement des MDPH. Cette hypothèse, qui concernerait les crédits d'aide au fonctionnement et le financement des fonds de compensation⁽⁹⁾, n'est recevable qu'à la stricte condition d'un transfert réel des ressources correspondantes pour que l'opération ne soit pas l'occasion d'un désengagement de l'État.

(8) Le plan Alzheimer, annoncé le 1^{er} février 2008 par le Président de la République, prévoit l'expérimentation de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer », pour lesquelles un appel à projets a été lancé à la mi-juillet. De son côté, le rapport d'octobre 2007 du Conseil de la CNSA envisage le rapprochement des dispositifs d'accueil en articulant, sous l'autorité des conseils généraux, MDPH et services destinés aux personnes âgées (CLIC, notamment) au sein de « maisons départementales de l'autonomie » (perspective reprise dans le document d'orientation des ministres, remis le 28 mai 2008 aux membres du Conseil de la CNSA). À noter que dans l'héritage des sites pour la vie autonome (SVA), dont certains gérés par la mutualité, certaines MDPH sont de fait dès aujourd'hui des « maisons départementales de l'autonomie » (MDA).

(9) D'autant que le programme 157 a été abondé ces dernières années par des crédits issus d'un fonds de concours alimenté par la CNSA.

Articulation des programmations départementales et régionales, voire nationales pour certaines situations

Au moment où les pouvoirs publics ont choisi d'inclure le champ médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) dans le périmètre des Agences régionales de santé (ARS), **la différence fondamentale entre le sanitaire, qui traite prioritairement de la maladie** (« to cure, soigner »), **et le médico-social, qui s'intéresse prioritairement à la personne**, sous l'angle de la santé mais aussi pour tous les besoins d'accompagnement, y compris social (« to care, prendre soin de »), doit être présente à l'esprit.

Cela induit des réponses qui, si elles doivent être mieux coordonnées, n'en sont pas moins différentes⁽¹⁰⁾. Les dispositions législatives et réglementaires devront prendre en compte la perspective d'espaces nécessaires de convergence entre le sanitaire, le médico-social et le social, tout en ne niant pas les spécificités des réponses apportées.

Il faut ici tout autant souhaiter que **la création des ARS permette de faire droit à une vision cohérente**, de telle manière que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leur entourage ne disparaissent pas dans les interstices entre les responsabilités. La cohérence d'action et l'efficience du médico-social obligent à une articulation avec le champ sanitaire. Il convient aussi de veiller à la meilleure articulation possible avec l'aide à domicile financée par le biais de la compensation individuelle (PCH, ACTP et APA).

Ainsi, les structures médico-sociales (EHPAD et MAS, notamment) ne doivent pas être considérées comme le « réceptacle naturel » de sorties hospitalières prématurées, ni d'opérations de conversion hospitalière, mais comme une réponse mieux adaptée. Les conversions doivent être accompagnées du transfert d'enveloppes équivalentes. Les ARS ne devraient aborder une éventuelle reconversion hospitalière vers le médico-social que sur la base de projets répondant à un besoin clairement identifié, conformément au droit commun, avec les exigences de qualité qui permettront de mobiliser les acteurs autour d'un projet porteur d'avenir. Il serait souhaitable, à l'occasion de la constitution des ARS, de procéder à l'intégration des schémas départementaux et des PRIAC dans un même cadre de programmation.

Cela souligne la nécessaire coordination des politiques des conseils généraux avec les orientations retenues par les ARS, sans oublier dans cette coordination les initiatives de l'Éducation nationale pour répondre aux besoins des enfants handicapés, les politiques concernant le logement (pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap), le travail, l'urbanisme, etc. À cet égard, la composition du conseil de surveillance sera fondamentale pour croiser les différentes approches. Au total, il s'agit qu'au sein des ARS, le secteur du médico-social soit clairement identifié (chambre spécifique ou tout autre dispositif analogue) et que les futurs directeurs des ARS soient garants de cette spécificité.

Certains membres du Conseil auraient préféré que l'intégration du secteur médico-social dans le champ de compétence des ARS soit différée pour que soit préalablement ajustée l'articulation avec les conseils généraux, et que soit précisé également le champ du 5^e risque. À défaut d'un tel report, ils demandent instamment que le système de gouvernance envisagé soit revu, afin que soient associés à cette gouver-

(10) Dans les secteurs social et médico-social, l'accompagnement a généralement une durée beaucoup plus longue, le projet de vie de la personne ne se limitant pas à un projet de soins ; les lieux de vie doivent être à taille humaine, les personnels doivent avoir des profils variés pour garantir la qualité et la complétude de la prise en charge.

nance tous les secteurs concernés (Éducation nationale, Travail, Culture et surtout conseils généraux), afin également que soit préservée la spécificité « *empowerment* » du secteur⁽¹¹⁾.

L'introduction, comme le prévoit la loi « hôpital, patients, santé et territoires », d'une commission de concertation sur l'articulation des politiques de santé, dont la première section réunirait l'ARS et les conseils généraux, est particulièrement nécessaire. Elle devrait aussi associer le conseil régional au titre des formations, les services de l'État dont les moyens contribuent à la prise en charge de la perte d'autonomie (Travail, Emploi, Éducation nationale et Logement, notamment), et la CNAV ainsi que la MSA au titre de leur action sociale et des aides financières qu'elles apportent.

Pour que les projets soient en phase avec l'analyse en amont des besoins, une procédure d'appel à projets à l'initiative de l'ARS ou à l'initiative conjointe de l'ARS et du conseil général, s'il s'agit d'une structure relevant d'une double autorisation, devrait s'y substituer, comme cela a déjà été initié dans quelques départements par des conseils généraux et des services de l'État. Une commission d'appel à projets associant les acteurs devrait être constituée, ayant pour mission d'assurer une transparence de classement des projets au vu des critères de la consultation, avant autorisation. Le Conseil souligne ici la nécessité de privilégier le mieux disant, et notamment le mieux disant social, et non le moins disant.

Cette procédure d'appel à projets ne doit pas se substituer à l'initiative et à l'innovation portées par des acteurs bien implantés dans les territoires mais les compléter, de même que les cahiers des charges devront inclure les principes d'inscription des services et des établissements dans leur environnement.

Pour certains membres du Conseil, la perspective d'introduire, dans le cadre de la procédure d'autorisation des institutions sociales et médico-sociales en lieu et place de la consultation des CROSMS, un dispositif d'appel à projets, ne peut être retenu sans risquer de déstabiliser toute la logique de la structuration de l'offre⁽¹²⁾. Pour eux, ce mode de régulation limite le rôle des acteurs engagés dans ce secteur à de simples prestataires de services. Il s'agirait d'une grave remise en cause des équilibres trouvés au sein de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, compte tenu de l'effet d'aubaine induit par ce mode de sélection des projets, qui favorise notamment les organismes s'inscrivant dans une logique de promotion immobilière⁽¹³⁾.

Une meilleure coordination entre les établissements et services pourrait être renforcée par la bonne utilisation des outils que représentent les contrats pluriannuels (CPOM) et les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS), en recherchant concomitamment les simplifications qui pourraient les rendre plus simples d'utilisation.

(11) Les personnes en situation de handicap ou de vieillesse ne sont pas des « patients », mais des citoyens appelés à conserver ou à reconquérir le maximum d'autonomie.

(12) Le secteur médico-social s'est construit sur une démarche en grande partie ascendante. Des acteurs de terrain détectent des besoins, construisent des projets de réponse et vont à la rencontre des pouvoirs publics en vue d'obtenir leur soutien. Cette démarche a permis l'innovation et la diversité des réponses apportées, compte tenu de la diversité des situations des personnes concernées. Le recours systématisé et obligatoire à des appels à projets remetttrait en cause cette logique, les pouvoirs publics définissant les besoins à satisfaire et les réponses à y apporter. Il n'y aurait plus de place pour des projets ne se situant pas dans le cahier des charges.

(13) Par ailleurs, la mission effectuée aujourd'hui par les CROSMS ne peut en aucun cas être comparée avec le rôle que pourrait jouer une commission de sélection des projets, qui aurait comme seule fonction de classer les dossiers reçus en fonction de leur présentation et non de leur qualité intrinsèque.

La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice

Les deux précédents rapports du Conseil de la CNSA ont souligné que toutes les conséquences pratiques n'ont pas été encore tirées de la création d'un opérateur national chargé, pour ce qui relève des compétences que lui a confiées le législateur et des objectifs figurant dans la COG, de la mise en œuvre de la politique de compensation de la perte d'autonomie.

Le partage des rôles respectifs est aisément à décrire : une administration centrale « stratégique » en charge, sous l'autorité des ministres, de la conception et des principes de mise en œuvre des politiques, de l'élaboration des outils réglementaires prévus par la loi et de l'évaluation des résultats obtenus, et un opérateur national chargé de leur mise en œuvre, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État. Cet effort de clarification est en cohérence avec les principes retenus dans le cadre de la révision générale des politiques publiques ; il doit maintenant se traduire concrètement par une revue détaillée des tâches et s'accompagner d'une identification des moyens humains et des redéploiements indispensables à l'exercice, par les services de l'État et la CNSA, de leurs missions respectives.

Le Conseil de la CNSA reprend bien sûr les orientations figurant dans son rapport d'octobre 2007, mais se propose d'identifier plus précisément quelques points décisifs de réforme.

Il en va ainsi de l'intérêt de confier à la CNSA un rôle plus net de maîtrise d'œuvre dans l'élaboration des référentiels que sont l'outil GEVA, la grille AGGIR ou l'outil PATHOS, en conduisant les concertations nécessaires avec tous les acteurs concernés.

Mais, dans le prolongement de ses débats, le Conseil de la CNSA souhaite surtout ici voir le rôle de la CNSA nettement plus affirmé quant au suivi des pratiques de conventionnement et de tarification, **pour mieux maîtriser le risque de sous-consommation de l'OGD.**

On rappelle que cette sous-consommation ne traduit pas une erreur d'estimation de départ, non plus qu'une surestimation des besoins. Pour que l'ensemble des moyens disponibles soient effectivement utilisés, la CNSA doit être en mesure, en interaction avec les DDASS (et demain les ARS), d'analyser et de piloter de façon précise les déterminants de la dépense, qu'il s'agisse des créations de places nouvelles ou de l'adéquation de la dépense constatée aux autorisations budgétaires.

La faiblesse du dispositif actuel appelle une meilleure coordination et un suivi de l'ensemble de ces projets et, au total, une pleine capacité de la CNSA dans l'animation du réseau des ARS. Elle doit également conduire à chercher une simplification de règles aujourd'hui devenues trop complexes.

En prolongement, un ensemble d'instruments opérationnels, aujourd'hui copilotés avec l'administration centrale qui les a initiés, voire pour certains encore gérés par l'administration centrale, doit faire l'objet d'une mise à plat dans le cadre de la RGPP afin de déterminer ceux qui devraient être clairement et entièrement de la responsabilité de l'opérateur, pour ce qui est de leur mise en œuvre technique, et ceux qui resteraient de la compétence de l'administration centrale : CPOM, promotion des GCSMS, GEM, formation et qualification des personnels (section IV du budget de la CNSA), modernisation de l'aide à domicile, aides à l'investissement, prévention du programme « bien vieillir », moyens de fonctionnement des MDPH hors personnel de l'État, suivi des ESAT⁽¹⁴⁾.

(14) Le choix a été fait d'intégrer les ESAT dans le périmètre de compétence des ARS, en dépit du fait qu'ils ne sont pas financés par l'OGD. Il se fonde sur la nécessaire continuité des planifications, quel soit le financeur.

.....

Les ARS devront, comme le font déjà aujourd’hui les DDASS-DRASS, être les partenaires de la CNSA (et de l’ANESM) dans un travail d’expertise et de réflexion. Elles devront apporter l’expérience de la réalité de terrain et expertiser la faisabilité pratique de mise en œuvre des référentiels et processus élaborés au plan national. Elles devront avoir une capacité à faire émerger des projets correspondant à ces référentiels. Le Conseil de la CNSA, assisté du Conseil scientifique, créera très rapidement une commission chargée d’élaborer des indicateurs sur les moyens nécessaires aux structures pour remplir leurs objectifs de qualité ainsi que toutes leurs obligations légales et réglementaires. Cette commission débutera ses travaux par les établissements pour personnes âgées, compte tenu des récentes modifications réglementaires les concernant.

Si la CNSA a manifesté un progrès certain dans la connaissance des données relatives à l’aide à l’autonomie et des moyens mobilisés pour y répondre (les remontées d’information des MDPH, le suivi des créations de places nouvelles et du conventionnement, etc.), son rôle est aujourd’hui insuffisamment affirmé. Or, la transparence vis-à-vis du Conseil et de ses différentes parties prenantes exige que soit rassemblée et organisée une information aussi exhaustive que possible sur l’ensemble du champ de la perte d’autonomie, y compris les données épidémiologiques.

Plutôt que de simplement « participer », comme le veut la loi, à la définition d’indicateurs, la CNSA devrait être chargée, de façon plus affirmée, « d’assurer », bien sûr avec les autres institutions et administrations compétentes, la définition des indicateurs et outils de recueil nécessaires à l’exercice des missions qui lui sont confiées, « d’organiser ces outils » et de mesurer et analyser la perte d’autonomie et les besoins de compensation.

Au total, et par-delà cet « inventaire » de procédures, l’orientation faisant de la CNSA « l’Agence du 5^e risque » ne vaudra que ce que vaudra l’appui apporté par la CNSA aux différents volets que sont les MDPH (demain les MDA ?) et les programmations médico-sociales, d’une même réponse en faveur des personnes ayant besoin d’une aide à l’autonomie.

En allant jusqu'à déléguer un pouvoir réglementaire à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale des autorités centrales de l'État

Dans le document d’orientation qu’ils ont remis aux membres du Conseil le 28 mai 2008, les ministres ont évoqué la possibilité de reconnaître à la CNSA « *un pouvoir réglementaire délégué et circonscrit, notamment en ce qui concerne les référentiels techniques et les règles de tarification* »⁽¹⁵⁾.

Un État stratégique, dans le cadre d’une subsidiarité bien comprise, doit pour l’essentiel fixer des orientations claires, assumer des arbitrages en toute transparence, exercer une compétence réglementaire générale, évaluer la conduite d’une politique, rappeler aux opérateurs les exigences de contrôle interne et de contrôle de gestion. Un « pouvoir réglementaire délégué » (ou des compétences d’attribution), en cohérence avec la clarification des rôles d’un opérateur national maître d’œuvre et d’une administration centrale maître d’ouvrage, ne doit pas empiéter sur ce qui relève des orientations politiques elles-mêmes, mais se concentrer sur les instruments pratiques liés à la mise en œuvre des politiques.

(15) C'est également ce que préconisait le rapport d'Hélène Gisserot.

Le transfert de ce « pouvoir réglementaire délégué » à l'opérateur serait ainsi de nature à permettre une élaboration plus transparente, et une adaptation des normes opposables plus rapide et plus en phase avec les pratiques et contraintes de terrain⁽¹⁶⁾. Pour assurer le rôle de garant de l'État, ce pouvoir réglementaire délégué ferait partie des actes soumis à communication et approbation des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget.

Par exemple, la CNSA a pour mission de synthétiser les données quantitatives sur les versements effectifs, de fournir aux décideurs locaux les éléments qui leur permettent de se comparer, de diffuser les bonnes pratiques de gestion. Dès lors, la CNSA ne pourrait-elle pas, sur la base des éléments de suivi financier qui lui sont fournis, proposer aux pouvoirs publics les critères de péréquation nécessaires à une plus grande équité des financements ? Cela d'autant plus que les critères actuels demandent certainement à évoluer, comme l'a souligné le rapport d'étape de la mission d'information sénatoriale.

Aujourd'hui, le Parlement n'est amené à se prononcer que sur l'ONDAM médico-social, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. En contrepoint à cette délégation nouvelle du pouvoir réglementaire, et dans la logique de l'instauration d'un nouveau champ de la protection sociale, ne serait-il pas souhaitable que, par modification de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, il soit informé également, par une annexe supplémentaire, de l'ensemble des moyens concourant, par le biais du budget de la CNSA, au financement national du risque de perte d'autonomie ?

(16) Reste à déterminer les « compétences réglementaires » (ou, plus précisément, les formes d'instructions ou compétences d'attribution) qui pourraient être directement confiées à la CNSA : la question se pose pour les formulaires ; pour les nomenclatures ; pour les grilles d'évaluation de la perte d'autonomie (différemment selon que l'outil permet d'évaluer une situation ou un besoin, ou de déclencher un droit générateur de dépenses pour les pouvoirs publics – AGGIR, GEVA, PATHOS) ; les indicateurs médico-économiques des établissements et services résultant des obligations de la LOLF ou encore nécessaires aux services de l'État pour évaluer l'application des politiques : une « validation » réglementaire par l'État de ces outils ne devrait s'imposer que dans les cas prévus par la loi ou lorsque ces outils ont des conséquences sur l'équilibre des financements publics.

* GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
(AD)APEI	Association (départementale) des amis et parents de personnes handicapées mentales
ADF	Assemblée des départements de France
ADMIR	Association du service à domicile
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFPA	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe Iso ressources (grille d'évaluation)
AIS	Acte infirmier de soins (toilettes...)
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux
ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSPI	Agence nationale des services à la personne
AP – HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé (future)
AVS	Auxiliaire de vie sociale (ou scolaire)
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale (ancien)
CESU	Chèque emploi service universel
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (ancien)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPO	Centre de préorientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGME	Direction générale de la modernisation de l'État
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT)
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM	Fédération nationale des particuliers employeurs
FHF	Fédération hospitalière de France

FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIP	Groupement d'intérêt public (de la MDPH)
HAS	Haute autorité de santé
IDS	Institut des données de santé
IEM	Institut d'éducation motrice
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
ITAC	Application informatique de gestion des dossiers de l'ex-COTOREP
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA/CCMSA	Mutualité sociale agricole / Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPALES	Application informatique de gestion des dossiers de l'ex-CDES
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)
PAM	Plan d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux (remplacé en 2008 par le PAI, Plan d'aide à l'investissement)
PATHOS	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLS	Prêt locatif social
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Plan personnalisé de scolarisation
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TED	Troubles envahissants du développement
UNA	Union nationale des soins et services à domicile
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UPI	Unité pédagogique d'intégration (dans les collèges et lycées)
USLD	Unité de soins de longue durée

* SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1	• Budgets	
▪ Budget prévisionnel 2009	2	
▪ Budget rectifié 2008	4	
ANNEXE 2	• Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG passée entre la CNSA et l'Etat	11
ANNEXE 3	• Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH	15
ANNEXE 4	• PRIAC 2008 : analyse qualitative et quantitative	20
ANNEXE 5	• Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2007 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées	30
ANNEXE 6	• Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2007	34
ANNEXE 7	• Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2008	46

Budgets

Budget prévisionnel 2009

Compte de résultat prévisionnel en millions d'euros

Sources : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 412,4	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 412,4
Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0	Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 003,0	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	331,5
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 719,0
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,7	▪ Déficit	0,6
▪ Opérations diverses	23,4		
Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3	Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 333,0	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	947,0
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	1,1	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 152,0
▪ Opérations diverses	27,2	▪ Déficit	262,3
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 648,7	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 648,7
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 631,4	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	473,5
▪ Congé de soutien familial	0,5	▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 078,2
▪ Opérations diverses	16,7	▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0
		▪ Produits financiers	30,0
Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	645,6	Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	645,6
▪ Concours versés aux départements (PCH)	561,4	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	615,6
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	▪ Produits financiers	30,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4		
▪ Congé de soutien familial	0,5		
▪ Opérations diverses	17,3		
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	90,7	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	90,7
Sous-section 1 Personnes âgées	75,8	Sous-section 1 Personnes âgées	75,8
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	68,1	▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	68,8
▪ Plan métier	7,0	▪ Déficit	7,0
▪ Opérations diverses	0,7		
Sous-section 2 Personnes handicapées	14,9	Sous-section 2 Personnes handicapées	14,9
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Plan métier	3,0	▪ Déficit	3,0

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	566,0	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	566,0
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	411,0	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	411,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	195,0	▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	195,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	180,0	▪ Déficit	206,0
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	6,0		
▪ CPER	20,0		
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	155,0	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	155,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	85,0	▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	85,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50,0	▪ Déficit	60,0
▪ CPER	10,0		
Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,1	Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,1
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,1	▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0
▪ Dépenses de personnel/CNSA	8,5	▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1
▪ Excédent	0,6		
Total des charges du compte prévisionnel	18 330,8	Total des produits du compte prévisionnel	17 792,5
Total équilibre du compte	18 330,8	Résultat prévisionnel (déficit)	538,3
		Total équilibre du compte	18 330,8

Budget rectifié 2008 (Conseil du 01/07/08)

Compte de résultat en millions d'euros – comparatif budget rectifié
(Conseil du 1^{er} juillet 2008) et budget exécuté au 31 août 2008

Sources : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 339,2		
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 700,7		
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 654,0		
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	24,0	100 %
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	0,4	75 %
▪ Opérations diverses	22,1	8,8	40 %
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 638,5		
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	6 612,0		
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	0,7	75 %
▪ Opérations diverses	25,6	15,9	62 %
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	959,9	61 %
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	954,1	61 %
▪ Congé de soutien familial	5,7	0,0	0 %
▪ Opérations diverses	18,1	5,8	32 %
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	337,3	54 %
▪ Concours versés aux départements (PCH)	531,0	280,0	53 %
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	32,5	72 %
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	22,7	12,6	56 %
▪ Congé de soutien familial	4,8	0,0	0 %
▪ Opérations diverses	16,9	12,2	72 %
Section IV			
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	77,7	23,4	30 %
Sous-section 1			
Personnes âgées	65,8	20,5	31 %
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	64,9	20,2	31 %
▪ Opérations diverses	0,9	0,3	29 %
Sous-section 2			
Personnes handicapées	11,9	3,0	25 %
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	3,0	25 %

PRODUITS	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 339,2		
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 700,7		
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	320,6	109,3	34 %
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 376,0		
▪ Reprise de provisions ANESM		0,4	
▪ Produit exceptionnel ANESM		0,1	
▪ Déficit	4,1		
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 638,5		
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	916,0	312,2	34 %
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 523,0		
▪ Reprise de provisions ANESM		0,6	
▪ Produit exceptionnel ANESM		0,1	
▪ Déficit	199,5		
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	678,3	43 %
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,0	156,1	34 %
▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 030,2	435,5	42 %
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5	65,5	100 %
▪ Produits financiers	25,0	0,0	0 %
▪ Reprise de provisions APA		21,2	
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	203,0	33 %
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	595,4	203,0	34 %
▪ Produits financiers	25,0	0,0	0 %
Section IV			
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	77,7	32,1	41 %
Sous-section 1			
Personnes âgées	65,8	28,0	43 %
▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	65,8	27,8	42 %
▪ Produit exceptionnel		0,2	
Sous-section 2			
Personnes handicapées	11,9	4,1	34 %
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	4,1	34 %

CHARGES	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section V			
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	626,3	58,5	9 %
Sous-section 1			
Actions en faveur des personnes âgées	451,0	39,2	9 %
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	3,2	32 %
▪ Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	215,0	35,2	16 %
▪ Reliquat « Plan d'aide à la modernisation des établissements 2007 »	1,0	0,7	72 %
▪ Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	225,0	0,0	0 %
Sous-section 2			
Actions en faveur des personnes handicapées	175,3	19,4	11 %
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	2,7	27 %
▪ Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	90,0	16,4	18 %
▪ Reliquat « Plan d'aide à la modernisation des établissements 2007 »	0,3	0,3	97 %
▪ Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	0,0	0 %
Section VI			
Frais de gestion de la Caisse	14,4	7,9	55 %
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,9	3,2	47 %
▪ Dépenses de personnel / CNSA	7,3	4,5	61 %
▪ Excédent	0,2	0,2	89 %
Total des charges du compte prévisionnel	17 210,1	1 404,9	8 %
Total équilibre du compte	17 210,1		

PRODUITS	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section V			
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	626,3	20,0	3%
Sous-section 1			
Actions en faveur des personnes âgées	451,0	10,0	2 %
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0	100 %
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	215,0		
▪ Produit exceptionnel		0,0	
▪ Déficit	226,0		
Sous-section 2			
Actions en faveur des personnes handicapées	175,3	10,0	6 %
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0	100 %
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	90,0		
▪ Déficit	75,3		
Section VI			
Frais de gestion de la Caisse	14,4	7,9	55 %
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3	7,8	55 %
▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD et transfert congés	0,1	0,1	75 %
▪ Reprise de provisions	0,0		
Total des produits du compte prévisionnel	16 705,5	1 332,0	8 %
Résultat prévisionnel (déficit)	504,6		
Total équilibre du compte	17 210,1		

✿ **Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (14 339 M€ en 2008, soit 83,3 % du budget de la caisse)**

Cette section présente la particularité d'être abondée par deux catégories de produits de nature bien distincte : des ressources propres à la Caisse et des ressources en provenance de l'assurance maladie. Les produits de cette section correspondent, d'une part, à une fraction de la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA) et d'autre part, à la contribution des régimes d'assurance maladie constituée par « l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie » (ONDAM). Cet ONDAM « médico-social », enregistré en produits dans les comptes de la CNSA, ne donne toutefois pas lieu à transfert de trésorerie.

La somme de ces deux contributions financières est désormais dénommée « objectif global de dépenses » (OGD).

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (7 701 M€, soit 53,7% des dépenses de la section, soit une croissance de 5 % par rapport à l'exécution 2007).

Les ressources de cette sous-section consistent :

- en une fraction du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie », comprise entre 10 % et 14 %. Pour 2008, cette part est passée de 12,74 à 14 %, soit une contribution de la CNSA à hauteur de 321 M€ ;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 7 376 M€ (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 7 654 M€, dont 278 M€ de contribution de la CNSA (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

De fait, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques : l'abondement d'un fonds de concours de l'État au titre des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 24 M€ ainsi que le cofinancement de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007, pour 0,6 M€, et un prélèvement au profit de la section IV-2 (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,9 M€.

Au final, cette sous-section ressort avec un déficit de 4,1 M€ correspondant au supplément de financement des GEM (qui était en 2007 de 20 M€) financé sur le report à nouveau figurant au bilan au titre de cette sous-section.

La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (6 639 M€, soit 46,3 % du budget de la section, en progression de 27 % par rapport à l'exécuté 2007)

Les ressources de cette sous-section proviennent :

- d'une fraction de 40 % du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie », soit 916 M€ ;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 5 523 M€ (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes âgées s'établit à 6 612 M€, dont 1 089 M€ de contribution de la CNSA (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

Cette sous-section finance également, au même titre que la sous section I-1, le budget de l'ANESM pour 0,9 M€, et un prélèvement de 10 M€ est opéré au profit de la section V (sous-section 1) pour le financement des dépenses d'animation, de prévention et d'études.

Cette sous-section fait apparaître un déficit de 200 M€ représentant l'apport supplémentaire de la CNSA au financement des établissements et services pour personnes âgées, financé sur une fraction des réserves constituées par les excédents des exercices précédents.

✿ **Section II – Concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1 579 M€, en augmentation de 2,3 % par rapport à l'exécution 2007.

Il est constitué de :

- 20 % des ressources de CSA, soit 458 M€ ;
- 94 % des ressources de CSG, soit 1 030 M€ ;
- 65,5 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse ;
- 25 M€ de produits financiers (50 % de l'estimation des produits financiers de 2008).

Le montant du concours APA résultant des ressources affectées s'élève à 1 555 M€, compte tenu du financement, sur cette section, du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées : 5,7 M€) mis à la charge de la CNSA en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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

Cette section bénéficie de ressources à hauteur de 620 M€ – en léger recul par rapport au budget exécuté de 2007 – qui se répartissent ainsi :

- 26 % des ressources de CSA, soit 595 M€ (la diminution du fait du passage de 27,26 % à 26 % de la part de CSA est compensée par la dynamique propre des recettes) ;
- 25 M€ de produits financiers (50 % de l'estimation des produits financiers de 2007).

En plus du concours PCH de 531 M€, la section III assume également le financement :

- du concours versé aux départements au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, fixé par le Conseil du 1^{er} juillet 2008 à 45 M€ ;
- du remboursement à la CNAF de la « majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour parent isolé d'enfant handicapé » (article L. 541-4 du CASF), à hauteur de 22,7 M€ ;
- du congé de soutien familial en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (part correspondant aux personnes handicapées : 4,8 M€).

✿ **Section IV – Financement des actions innovantes et du renforcement de la professionnalisation des métiers de service**

Cette section est subdivisée en deux sous-sections, la première consacrée aux personnes âgées et la seconde aux personnes handicapées.

Les ressources de la section IV-1, en faveur des personnes âgées, sont fixées par arrêté inter-ministériel à 6 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 66 M€.

Les ressources de la section IV-2, en faveur des personnes handicapées, sont prélevées sur la section I-1, également par arrêté, à hauteur de 11,9 M€.

Les dépenses sont prévues à hauteur des ressources disponibles.

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

Elle 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 qui peuvent être préconisées 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 ressources de la section V s'élèvent de 20 M€, correspondant aux prélèvements de 10 M€ sur les sections I-2 et III.

Par ailleurs, la CNSA peut, sur les fonds propres résultant des excédents réalisés antérieurement, financer des investissements immobiliers pour la création ou la modernisation des établissements et services ainsi que des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants. À ce titre, en 2008, a été décidé un plan d'aide à l'investissement de 300 M€, 225 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées (dont 180 M€ au titre du plan Alzheimer) et 75 M€ pour des établissements et services pour personnes handicapées.

Enfin, cette section retrace également des dépenses non pérennes relatives aux plans de modernisation des établissements médico-sociaux décidés en 2006 et 2007 dont l'exécution se poursuit en 2008.

La section V présente un déficit de 301 M€, reflet du financement du plan d'investissement 2008 (et d'un complément du PAM 2007) au moyen de ses réserves.

✳ **Section VI – Frais de gestion de la Caisse**

Les crédits affectés à cette section (14,4 M€, soit 0,08 % du budget total de la Caisse), sont prélevés, en application des dispositions de l'article L. 14-10-5, sur les sections I à IV-1.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (12 %), les dépenses de fonctionnement courant (19 %), les dépenses de personnel (51 %), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (18 %).

Globalement, la construction du budget 2008 implique un résultat déficitaire de 505 M€, représentant l'ensemble des dépenses financées sur une fraction des fonds propres de la CNSA constitués par les excédents des exercices antérieurs.

* Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la cog passée entre la CNSA et l'État

24 septembre 2008

Le Conseil scientifique a été saisi de cinq questions par le directeur de la CNSA pour rendre un avis scientifique sur les actions engagées en 2007 par la Caisse.

* Le nouveau champ de protection sociale et sa gouvernance

Le Conseil scientifique a pris connaissance des orientations du rapport annuel 2008 relatives aux principes du nouveau champ de protection sociale dédié à l'aide à l'autonomie et à sa gouvernance.

Il a rappelé, comme en 2007, l'importance d'adopter une approche commune de l'aide à l'autonomie, quel que soit l'âge des personnes concernées.

La perspective de création d'agences régionales de santé, incluant le secteur médico-social, doit répondre à l'enjeu de continuité de la prise en charge des personnes, qui implique une bonne articulation de l'évaluation des besoins sanitaires et médico-sociaux.

Le Conseil scientifique a souligné trois points de vigilance :

- la présence des usagers du secteur médico-social dans les instances de ces nouvelles agences. Il insiste pour qu'ils ne soient pas confondus, au sein de la conférence régionale de santé, avec les usagers du secteur sanitaire ;
- le dispositif nouveau d'appel à projets, qui est supposé remplacer les remontées spontanées de projets d'établissements et services médico-sociaux : la réussite de ce dispositif implique que soit fournie aux services chargés de le mettre en œuvre une méthodologie adaptée ; c'est la poursuite d'un mouvement d'innovation dans l'accompagnement qui en dépend ;
- la sémantique choisie : le terme de « santé », retenu pour désigner ces agences régionales, doit être compris dans une acceptation large, celle de l'organisation mondiale de la santé.

* Positionnement de la CNSA pour répondre aux manques de la recherche actuelle sur la perte d'autonomie

Le Conseil scientifique a pris connaissance des initiatives prises par différents organismes intervenant dans le financement de la recherche pour répondre au constat des manques de la recherche sur la perte d'autonomie au regard des enjeux actuels, en partenariat avec la CNSA, notamment au sein de l'Institut de recherche en santé publique.

Le Conseil scientifique a tout d'abord attiré l'attention sur l'importance des questions de sémantique, dès lors qu'il s'agit de définir ce champ d'action proposé à la recherche. Perte d'autonomie, aide à l'autonomie, handicap s'imposent alternativement pour le qualifier. Ces différents termes peuvent porter des réalités ou des positions différentes de la part de ceux qui les utilisent. Le Conseil scientifique estime qu'il est nécessaire que la CNSA s'investisse pour clarifier ces questions sémantiques, eu égard à leur impact sur l'action. Il sera nécessaire de tenir compte du débat international qui s'est organisé autour de la notion de handicap, même si, en France, les termes peuvent avoir une acceptation différente, notamment en raison des difficultés de traduction et d'usage. Ce travail devra veiller à ce que les différentes catégories d'utilisateurs (chercheurs, professionnels et grand public) s'approprient ces débats conceptuels et, à terme, puissent partager un langage commun. Il préconise de ne pas se limiter à la connaissance des seules personnes en perte d'autonomie mais de s'intéresser également aux personnes qui sont en risque de le devenir, afin de ne pas laisser de côté la prévention, dans une véritable démarche de gestion du risque.

Pour ce qui concerne les difficultés de ce champ de la recherche, identifiées au cours de l'organisation d'appels à projets de recherche, le Conseil scientifique insiste sur le fait qu'il n'y a pas un seul facteur explicatif. C'est tout une chaîne qu'il faut sécuriser pour assurer la réussite des programmes sur ce champ : structurer et consolider des réseaux existants plutôt que de mettre en place des structures dédiées, et pérenniser les financements consacrés à ce champ pour attirer de manière durable des chercheurs dans ce domaine. Le Conseil scientifique propose d'explorer des pratiques d'appel à compétences : il s'agit d'identifier les compétences à réunir autour d'une question et de construire un tour de table, par exemple dans le domaine de la télésanté. Le Conseil scientifique note en effet que, dans ce domaine plus que dans d'autres, il est demandé aux chercheurs de démontrer sans cesse leur légitimité, ce qui met en jeu la stabilité des équipes.

Le Conseil scientifique ne sous-estime pas la nécessité des études-actions pour partir de la réalité de terrain et se donner plus de chances de la faire évoluer. Il insiste toutefois sur le besoin d'établir un lien avec la recherche pour ce genre de projets afin de consolider les approches méthodologiques.

Il souligne par ailleurs le danger qu'il y aurait à laisser penser que la recherche sur le handicap serait essentiellement du ressort de la recherche appliquée et que la collectivité pourrait se contenter d'investissements en recherche limités.

Enfin, il est primordial de s'intéresser au système de formation, qui ne produit pas assez de chercheurs dans notre champ, l'absence de motivation ayant pour origine l'insuffisance d'investissements publics et privés en recherche et la trop faible reconnaissance des chercheurs engagés dans ce domaine. C'est en faisant connaître aux écoles doctorales ces thèmes soutenus sur la durée qu'il sera possible d'inverser la tendance.

La CNSA a un rôle particulier à jouer pour aider les chercheurs à bien identifier les questions de recherche du monde médico-social et pour accompagner les équipes du médico-social à s'intéresser à cette recherche et aux éclairages qu'elle peut lui apporter. C'est à travers des partenariats que cette action doit être conduite, en particulier avec des universités.

Enfin, le Conseil scientifique a mis en exergue la question des tensions et contradictions que subissent les professionnels médico-sociaux (notamment du fait du décalage entre l'idéal de l'accompagnement et la réalité de leurs pratiques) et a identifié l'étude des conflits de rationalité comme un sujet de recherche prioritaire.

★ **Évaluation sociale et médico-sociale : l'articulation des missions de la CNSA et de l'ANESM**

Le Conseil scientifique a écouté avec intérêt le directeur de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale lui présenter les missions et l'activité de l'Agence.

Soucieux de l'impact des recommandations de l'ANESM sur les établissements médico-sociaux, il a insisté pour qu'une attention particulière soit portée à l'accompagnement de l'appropriation de la démarche d'évaluation par les établissements et à la spécificité du secteur médico-social par rapport au sanitaire.

En ce qui concerne l'évaluation interne, le Conseil scientifique note qu'elle implique pour les professionnels, qu'au-delà d'une certaine empathie à l'égard des personnes, ils puissent prendre de la distance pour apprécier leur propre position. Ils devraient être accompagnés pour mener à bien cette démarche.

Pour ce qui est de l'élaboration des recommandations, le Conseil scientifique partage l'idée selon laquelle la philosophie de l'évaluation dans le secteur médico-social se distingue de celle qui existe dans le secteur sanitaire, en raison même de la différence de missions de ces établissements. Il souligne toutefois la nécessité d'un dialogue de qualité entre la Haute autorité de santé (HAS) et l'ANESM, pour que les exigences procédant de ces deux agences, et qui pèsent souvent ensemble sur les établissements médico-sociaux, soient cohérentes. Il conviendrait, en continuité du programme des travaux de l'ANESM concernant l'évaluation interne, d'effectuer un travail comparatif des méthodes, objets, critères et recommandations de l'évaluation dans les deux secteurs et de réfléchir à des rapprochements possibles de l'évaluation externe entre eux. Ce dialogue est également nécessaire avec les professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux, qui interviennent fréquemment dans les établissements médico-sociaux et dont les pratiques relèvent de la HAS.

Sur la conception et la mise en œuvre de l'évaluation externe, le Conseil scientifique propose tout d'abord que l'ANESM développe des recommandations sur les aspects organisationnels des établissements, car ils conditionnent largement les pratiques professionnelles. Il suggère par ailleurs que l'évaluation d'un établissement médico-social tienne compte de son insertion dans son environnement institutionnel et des relations

de travail qu'il développe dans le cadre d'un réseau ou d'une filière. Il met en garde contre tout risque de plaquer le modèle sanitaire sur les modalités de mise en œuvre des recommandations dans le monde médico-social. Il évoque la possibilité de suivre la mise en œuvre des recommandations dans le secteur à partir de quelques sujets « traceurs ».

Le Conseil scientifique s'est interrogé sur l'articulation des missions et des actions de l'ANESM et de la CNSA et de leur conseil scientifique respectif. La CNSA a vocation à intervenir en amont de l'activité de l'ANESM, en contribuant au développement de la recherche nécessaire pour apporter des éléments de connaissance, qui seront utilisés pour l'élaboration des recommandations. Elle a également un rôle à jouer en aval, pour l'appropriation des recommandations par le secteur, notamment à travers sa mission de financement de la formation des professionnels médico-sociaux.

✿ Propositions d'orientation sur le handicap rare

La commission spécialisée a présenté au Conseil scientifique les travaux menés sur l'accompagnement des handicaps rares et les orientations dégagées.

Les propositions de la commission portent en premier lieu sur l'actualisation d'une définition du handicap rare (quand $1 + 1 = 6$). La définition qui fait *consensus* est la suivante : « Conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques, le handicap rare est constitué par une situation complexe dont l'expertise requise est caractérisée par la difficulté et la rareté ».

Par conséquent, la commission propose une évolution de la définition réglementaire sur deux aspects : le recours à des expertises spécifiques (article 1) et le caractère illustratif de l'article 2, qui n'exclut pas d'autres combinaisons consécutives à certaines pathologies et comportant par exemple d'autres déficiences.

Le Conseil scientifique est appelé également à se prononcer sur les autres propositions de la commission concernant :

- la prise en charge des personnes en situation de handicap rare, afin d'améliorer la détection du handicap, de développer la sensibilité et la réactivité au handicap rare et de rendre l'accès aux expertises plus lisible pour tous les acteurs, en privilégiant l'ingénierie de réseau pour mettre en lien tous les professionnels autour d'une situation de handicap rare ;
- les moyens de faciliter le parcours de vie des personnes entre proximité et accessibilité sans opposer milieu ordinaire et regroupement collectif.

La commission fait les propositions suivantes.

La structuration nationale des compétences et des expertises, avec une planification et un pilotage national pour la mise en réseau de ressources de haute technicité :

- à partir de centres ressources nationaux dont les missions devront être redéfinies, en lien avec des relais interrégionaux ou régionaux qui sont à développer ;
- en constituant une base de données nationale en complément et en lien avec Orphanet.

La structuration territoriale de l'offre médico-sociale articulée autour de réponses locales adossées aux ressources de soin, sociales et médico-sociales existantes et fonctionnant en réseau et **une structuration de la fonction d'appui aux professionnels** afin de favoriser une montée en compétence des pratiques professionnelles. L'appui aux MDPH pour des situations peu fréquentes est particulièrement pris en compte.

Concernant les besoins en métiers et en compétences face aux situations de handicap rare, la commission a mis en évidence l'enjeu majeur de la formation, en priorité de la formation continue, dont l'organisation et le développement doivent comporter différents niveaux d'expertise selon les professionnels concernés et être pluridisciplinaires. La commission préconise également les échanges de pratiques et le soutien aux nouvelles fonctions d'accompagnement subsidiaire en situation rare ou complexe.

Le besoin de recherche de haut niveau est également affirmé. Après avoir procédé à un état des lieux, il conviendra de recenser les besoins prioritaires en matière de recherche et de les soumettre au Conseil scientifique. La préparation d'un partenariat INSERM-CNSA-Centres de ressources nationaux sur le développement de bases de données nationales est retenue (*cf. supra*).

Le Conseil scientifique valide l'ensemble de ces propositions, qui ont vocation à guider les travaux du schéma national handicap rare que la CNSA doit élaborer.

* Évaluation des besoins des personnes

Le Conseil scientifique a pris connaissance des travaux de sa commission spécialisée sur l'évaluation des besoins des personnes, et en particulier de son étude en cours sur les pratiques et l'organisation de l'évaluation des besoins des personnes. Il a été sollicité, au vu des premiers constats de carence en ce domaine, sur la meilleure façon de conduire le changement auprès des différents acteurs impliqués dans ces évaluations.

Il a tout d'abord insisté sur le fait que, même si l'évaluation des besoins devait être clairement distinguée de l'évaluation des réponses, il importait que cette dernière soit aussi correctement réalisée, de façon à éviter qu'une évaluation des besoins n'aboutisse à des non-solutions. Cet impératif renforce la nécessité de tenir compte des singularités locales, car les solutions ne seront pas les mêmes partout, mais aussi d'une évolution de l'organisation des réponses parfois encore trop imprégnée d'une logique d'établissements par catégorie de déficiences (en lieu et place d'une logique de services rendus) ou d'un fonctionnement de structures non inscrites dans une logique de ressources coordonnées sur le territoire.

Le Conseil scientifique note par ailleurs que l'évaluation implique que des professionnels soient formés en nombre suffisant. Il note que les maisons départementales des personnes handicapées ne pourront s'autosuffire d'un point de vue économique et qu'un système de partage des ressources sur le terrain sous forme de partenariats devra se développer. Une solution consisterait à reconnaître pleinement l'évaluation comme une mission à part entière des structures, l'allocation de ressources des établissements et services médico-sociaux prenant alors en compte cette mission.

Le Conseil scientifique souligne le lien entre les organisations et le coût de l'évaluation. La recherche des informations manquantes est très coûteuse. C'est ce qui justifie que le système d'information soit construit à partir de l'approche du guide d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie des personnes handicapées (GEVA) afin de limiter cette démarche supplémentaire coûteuse : en effet, un problème important rencontré aujourd'hui est celui de la mutualisation des informations. Pour le résoudre, il faudra bien prendre en compte la question de la confiance entre les équipes, qui conditionne les pratiques de communication.

Le Conseil scientifique note qu'il est nécessaire d'insister sur le fait qu'une évaluation multidimensionnelle est moins une approche exhaustive qu'un état d'esprit, et que la démarche d'évaluation est, en tout état de cause, itérative.

Enfin, au-delà des réponses et de l'organisation, la question de l'évaluation pose celle de la formation des professionnels. Même s'il ne s'agit pas de conditionner une action de formation aux évolutions intervenues dans l'organisation, il est nécessaire de reconnaître que les niveaux de qualification dépendent de l'organisation institutionnelle. Tant que celle-ci n'aura pas évolué, la formation se heurtera longtemps à certaines difficultés récurrentes.

* Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et MDPH

Concours versés par la CNSA – Méthode de calcul et règles de pondération des données

CRITÈRES APA (art. R14-10-38)			PONDÉRATION
$Fd = (PAd/\sum PAd) \times 50 \% + (Dd/\sum Dd) \times 20 \% - (PFd/\sum PFd) \times 25 \% + (RMI d/\sum RMId) \times 5 \%$			
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	20 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année précédent celle au titre de laquelle la répartition est effectuée	-25 %
RMId	Bénéficiaires RMI (> 3 mois, résident département)	Données de l'année précédent celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (publiées par la CNAF et la CCMSA)	5 %
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département		Coefficient total	50 % rapportés à 100 %

CRITÈRES PCH (art. R14-10-32)			PONDÉRATION
$Fd = (PAAd / PAAd) \times 60 \% + (PAESd + PAAHd + PPId) / (PAESd + PAAHd + PPId) \times 30 \% + (PCd / PCd) \times 30 \% - (PFd / PFd) \times 20 \%$			
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PAAHd	Bénéficiaires AAH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PCd	Bénéficiaires PCH et ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	-20 %
Coefficient total			100 %

CRITÈRES MDPH (art. R14-10-34)			PONDÉRATION
$Fd = Fx + (PAAd / \sum PAAd) \times 120 \% - (PFd / \sum PFd) \times 20 \%$			
Fx	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	120 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	-20 %
Coefficient total			100 %

Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2008		
	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Acomptes (90 %) en €	Acomptes (95 %) en €
01 Ain	8 182 000	3 725 000	396 000
02 Aisne	13 731 000	5 513 000	393 000
03 Allier	13 731 000	3 129 000	290 000
04 Alpes de Haute Provence	4 674 000	1 142 000	205 000
05 Hautes Alpes	3 508 000	1 043 000	202 000
06 Alpes Maritimes	33 604 000	8 692 000	552 000
07 Ardèche	11 108 000	2 483 000	276 000
08 Ardennes	7 308 000	2 881 000	273 000
09 Ariège	6 433 000	1 341 000	205 000
10 Aube	7 891 000	2 235 000	279 000
11 Aude	13 731 000	3 179 000	290 000
12 Aveyron	11 982 000	2 136 000	259 000
13 Bouches du Rhône	49 970 000	13 509 000	1 008 000
14 Calvados	16 656 000	5 910 000	456 000
15 Cantal	7 016 000	1 291 000	213 000
16 Charente	12 856 000	3 228 000	299 000
17 Charente Maritime	21 039 000	4 569 000	401 000
18 Cher	10 525 000	3 030 000	285 000
19 Corrèze	11 108 000	2 086 000	247 000
20a Corse du Sud	5 257 000	2 185 000	199 000
20b Haute Corse	5 257 000	1 639 000	210 000
21 Côte d'Or	11 691 000	4 122 000	384 000
22 Côtes d'Armor	19 873 000	4 867 000	390 000
23 Creuse	10 018 000	1 341 000	196 000
24 Dordogne	16 948 000	3 477 000	319 000
25 Doubs	10 525 000	3 775 000	379 000
26 Drôme	11 108 000	3 775 000	339 000
27 Eure	10 525 000	4 818 000	407 000
28 Eure et Loir	9 348 000	3 129 000	336 000
29 Finistère	28 347 000	7 549 000	544 000
30 Gard	21 622 000	5 116 000	447 000
31 Haute Garonne	23 673 000	8 443 000	701 000
32 Gers	10 576 000	1 639 000	222 000
33 Gironde	33 604 000	11 672 000	795 000
34 Hérault	31 856 000	7 897 000	592 000
35 Ille et Vilaine	19 873 000	7 003 000	581 000
36 Indre	9 348 000	2 086 000	245 000
37 Indre et Loire	14 616 000	4 271 000	407 000
38 Isère	17 531 000	8 096 000	664 000
39 Jura	7 308 000	1 887 000	256 000
40 Landes	11 691 000	2 483 000	296 000
41 Loir et Cher	11 108 000	2 334 000	285 000
42 Loire	21 039 000	7 649 000	473 000
43 Haute Loire	7 599 000	2 086 000	242 000
44 Loire Atlantique	23 965 000	8 443 000	701 000
45 Loiret	13 731 000	4 669 000	433 000
46 Lot	8 182 000	1 490 000	213 000
47 Lot et Garonne	12 856 000	2 682 000	282 000
48 Lozère	2 925 000	795 000	176 000
49 Maine et Loire	18 405 000	5 513 000	495 000
50 Manche	15 199 000	4 470 000	350 000
51 Marne	11 399 000	5 463 000	418 000

TOTAL	CUMUL SUR TROIS ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €
12 303 000	24 824 499	10 872 000	1 036 385
19 637 000	40 197 018	15 848 000	1 027 801
17 150 000	40 666 291	9 195 000	730 585
6 021 000	13 195 276	3 148 000	476 749
4 753 000	10 390 175	3 014 000	465 995
42 848 000	98 150 997	25 485 000	1 493 834
13 867 000	32 515 789	7 028 000	685 141
10 462 000	21 843 960	8 718 000	676 409
7 979 000	18 947 222	3 923 000	476 537
10 405 000	23 824 706	6 725 000	693 885
17 200 000	40 081 845	9 374 000	725 346
14 377 000	35 740 601	6 583 000	634 327
64 487 000	144 503 593	40 503 000	2 830 189
23 022 000	49 054 403	17 279 000	1 209 280
8 520 000	20 659 153	3 804 000	499 427
16 383 000	37 945 651	9 268 000	750 278
26 009 000	62 220 922	13 180 000	1 051 532
13 840 000	30 699 755	8 993 000	709 211
13 441 000	32 740 508	6 097 000	599 377
7 641 000	17 782 031	6 097 000	458 756
7 106 000	15 448 404	4 850 000	493 671
16 197 000	34 676 258	12 144 000	1 000 302
25 130 000	58 641 826	13 942 000	1 019 716
11 555 000	34 353 276	3 933 000	450 782
20 744 000	50 363 127	10 245 000	810 026
14 679 000	30 653 991	11 163 000	985 403
15 222 000	32 845 332	10 468 000	870 127
15 750 000	30 940 225	14 588 000	1 068 704
12 813 000	27 221 923	9 195 000	859 608
36 440 000	83 987 774	22 501 000	1 470 048
27 185 000	64 060 595	14 377 000	1 186 441
32 817 000	70 483 890	24 485 000	1 931 329
12 437 000	37 848 818	4 746 000	526 256
46 071 000	99 945 468	34 091 000	2 203 703
40 345 000	94 702 292	23 448 000	1 610 165
27 457 000	59 193 450	21 337 000	1 579 717
11 679 000	27 991 331	6 462 000	593 098
19 294 000	43 076 691	12 357 000	1 067 730
26 291 000	52 274 161	23 393 000	1 822 606
9 451 000	21 288 627	5 607 000	624 994
14 470 000	34 989 786	7 094 000	744 734
13 727 000	32 141 647	6 821 000	710 155
29 161 000	62 440 439	22 042 000	1 260 279
9 927 000	22 474 102	6 030 000	583 322
33 109 000	70 880 088	24 546 000	1 930 846
18 833 000	40 522 109	13 347 000	1 144 887
9 885 000	23 454 289	4 430 000	501 143
15 820 000	37 549 483	7 969 000	701 436
3 896 000	8 724 976	2 453 000	393 582
24 413 000	54 232 330	16 420 000	1 328 823
20 019 000	43 922 903	13 268 000	901 612
17 280 000	33 444 151	16 078 000	1 100 932

DÉPARTEMENTS	2008		
	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Acomptes (90 %) en €	Acomptes (95 %) en €
52 Haute Marne	6 131 000	1 937 000	230 000
53 Mayenne	8 765 000	2 235 000	276 000
54 Meurthe et Moselle	17 822 000	6 357 000	490 000
55 Meuse	5 548 000	1 589 000	233 000
56 Morbihan	19 582 000	5 563 000	450 000
57 Moselle	18 707 000	6 407 000	638 000
58 Nièvre	9 639 000	2 285 000	239 000
59 Nord	58 444 000	22 847 000	1 376 000
60 Oise	9 639 000	6 556 000	518 000
61 Orne	10 222 000	2 483 000	273 000
62 Pas de Calais	42 370 000	12 119 000	835 000
63 Puy de Dôme	16 656 000	5 066 000	438 000
64 Pyrénées Atlantiques	19 290 000	5 314 000	421 000
65 Hautes Pyrénées	9 348 000	2 533 000	245 000
66 Pyrénées Orientales	15 782 000	3 675 000	319 000
67 Bas Rhin	19 290 000	7 996 000	658 000
68 Haut Rhin	11 399 000	5 563 000	481 000
69 Rhône	26 588 000	12 268 000	892 000
70 Haute Saône	6 433 000	1 788 000	253 000
71 Saône et Loire	18 707 000	4 470 000	384 000
72 Sarthe	15 782 000	3 924 000	393 000
73 Savoie	6 433 000	2 781 000	313 000
74 Haute Savoie	7 016 000	4 122 000	447 000
75 Paris	17 239 000	13 460 000	1 048 000
76 Seine Maritime	29 222 000	11 572 000	706 000
77 Seine et Marne	9 348 000	8 741 000	746 000
78 Yvelines	7 308 000	8 145 000	752 000
79 Deux Sèvres	11 982 000	2 831 000	302 000
80 Somme	15 490 000	5 314 000	407 000
81 Tarn	15 782 000	3 129 000	304 000
82 Tarn et Garonne	8 765 000	1 987 000	239 000
83 Var	27 764 000	7 202 000	532 000
84 Vaucluse	13 731 000	3 626 000	376 000
85 Vendée	15 490 000	4 073 000	401 000
86 Vienne	11 982 000	3 030 000	342 000
87 Haute Vienne	14 022 000	3 377 000	313 000
88 Vosges	9 639 000	3 228 000	319 000
89 Yonne	10 525 000	3 477 000	296 000
90 Territoire de Belfort	3 508 000	1 043 000	208 000
91 Essonne	8 182 000	7 698 000	684 000
92 Hauts de Seine	4 382 000	8 791 000	726 000
93 Seine Saint-Denis	19 873 000	11 324 000	817 000
94 Val de Marne	16 948 000	10 331 000	732 000
95 Val d'Oise	10 816 000	8 245 000	689 000
971 Guadeloupe	26 624 000	4 768 000	364 000
972 Martinique	12 565 000	4 122 000	336 000
973 Guyane	1 748 000	1 291 000	230 000
974 Réunion	22 534 000	7 996 000	527 000
TOTAL	1 477 118 000	496 665 000	42 704 000

TOTAL	CUMUL SUR TROIS ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €
8 298 000	18 047 904	5 882 000	549 111
11 276 000	26 211 432	6 643 000	684 989
24 669 000	52 130 214	17 824 000	1 310 380
7 370 000	16 354 650	4 678 000	559 007
25 595 000	57 939 205	16 038 000	1 195 381
25 752 000	54 187 126	21 813 000	1 743 408
12 163 000	28 564 752	6 693 000	576 051
82 667 000	171 072 074	67 096 000	3 906 906
16 713 000	28 924 864	18 523 000	1 392 775
12 978 000	30 324 035	7 361 000	676 818
55 324 000	124 333 198	37 218 000	2 321 658
22 160 000	49 067 994	14 910 000	1 159 208
25 025 000	56 869 849	15 819 000	1 109 491
12 126 000	27 966 143	7 023 000	592 488
19 776 000	46 251 964	10 891 000	809 926
27 944 000	56 232 349	23 479 000	1 804 140
17 443 000	33 363 276	16 206 000	1 286 806
39 748 000	78 574 417	36 825 000	2 488 750
8 474 000	19 460 181	5 347 000	616 778
23 561 000	56 074 435	13 109 000	1 001 779
20 099 000	46 387 805	11 539 000	1 027 037
9 527 000	19 454 277	8 107 000	792 704
11 585 000	20 970 345	11 633 000	1 185 792
31 747 000	51 278 517	39 714 000	2 946 091
41 500 000	85 421 095	33 951 000	1 944 125
18 835 000	28 511 426	26 028 000	2 061 924
16 205 000	21 970 607	24 161 000	2 073 775
15 115 000	35 518 219	8 649 000	760 732
21 211 000	45 479 749	16 064 000	1 069 064
19 215 000	45 682 295	9 322 000	766 760
10 991 000	25 582 203	5 942 000	576 667
35 498 000	82 750 831	20 758 000	1 436 424
17 733 000	39 769 275	10 650 000	976 350
19 964 000	45 755 787	11 584 000	1 052 796
15 354 000	35 492 837	9 085 000	875 994
17 712 000	41 208 801	9 976 000	791 862
13 186 000	28 856 123	9 772 000	808 201
14 298 000	30 881 533	10 285 000	742 963
4 759 000	9 746 760	2 858 000	484 831
16 564 000	24 017 783	22 553 000	1 878 575
13 899 000	12 625 176	26 655 000	2 003 754
32 014 000	57 155 640	33 056 000	2 269 905
28 011 000	49 023 650	30 718 000	2 020 180
19 750 000	31 614 606	24 279 000	1 894 011
31 756 000	85 911 061	13 460 000	938 803
17 023 000	37 470 750	12 153 000	859 127
3 269 000	5 361 978	3 751 000	552 152
31 057 000	95 048 501	23 529 000	1 420 332
2 016 487 000	4 401 655 843	1 462 574 000	112 704 000

* PRIAC 2008 analyse qualitative et quantitative

* Les améliorations du processus PRIAC mises en place en 2008

Les objectifs poursuivis

Pour l'actualisation des PRIAC en 2008, deux axes d'amélioration ont été dégagés.

L'approfondissement de la concertation avec les partenaires, une meilleure coordination des programmations dans un cadre pluriannuel.

- Pour répondre aux enjeux que représentent :
 - l'accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap et son impact sur l'évolution des structures existantes de type IME, qui accueillent les enfants les moins lourdement handicapés ;
 - l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et son incidence sur les durées de prise en charge et en termes de besoins accrus de soins liés au vieillissement.
- Une identification précise et quantifiée des besoins prioritaires dans les régions en établissements et services médico-sociaux, assortie d'un estimatif financier, doit favoriser une réelle coordination des programmations pour dépasser les seuls échanges d'informations.
- La concertation se traduit également par la consultation des partenaires, notamment à travers le CROSMS, mais également en sollicitant l'avis formalisé des financeurs ainsi que par une communication accrue auprès des acteurs et des porteurs de projets.

La poursuite des objectifs méthodologiques de programmation posés dès 2007.

- L'approfondissement de la pluriannualité du PRIAC en prévision, à partir de la capacité de mise en œuvre et l'harmonisation des méthodes de programmation pour réduire les écarts interrégionaux constatés dans les PRIAC 2006, tout en permettant une expression des besoins propres à chaque région qui ne repose pas sur une contrainte financière *a priori*.
- Une approche homogène au niveau interdépartemental autour des trois objectifs prioritaires que sont : la réduction des disparités territoriales d'accès aux équipements, la diversification des modes d'accompagnement et l'adaptation de l'offre médico-sociale.

Les actions mises en œuvre

Enrichissement, stabilisation et simplification du contenu du PRIAC.

La principale évolution du contenu du PRIAC en 2008 porte sur la programmation en ressources humaines, qui constituent un enjeu majeur pour la mise en œuvre des programmations et pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. C'est pourquoi un volet nouveau a été intégré au sein du PRIAC pour valoriser en emplois la programmation du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale. Il s'agit d'identifier, par département et sur la période de la programmation, les effectifs (en ETP) à prévoir pour la réalisation de la programmation prévisionnelle du PRIAC. L'objectif est d'identifier les besoins en personnels pour alimenter les travaux de planification, notamment le schéma régional des formations. En réalisation, le suivi des créations de postes sera effectué à travers l'enquête semestrielle.

Le contenu général du PRIAC a toutefois été maintenu pour l'actualisation 2008, dans un souci de continuité et de stabilisation, notamment à travers :

- le fait d'adosser la programmation pluriannuelle au suivi de la réalisation effective des actions ;
- l'importance de faire apparaître dans le PRIAC les actions d'adaptation de l'équipement existant.

L'appui au réseau des services déconcentrés

Afin de réunir les conditions de réalisation des objectifs définis, l'appui de la CNSA au réseau déconcentré a été poursuivi par les actions suivantes.

► Un appui méthodologique à la programmation du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale.

- La mise en œuvre d'un nouveau cycle d'échanges techniques avec chaque région (vingt-six rencontres à l'automne 2007), reposant sur l'analyse comparée de la programmation au regard des objectifs de réduction des écarts territoriaux d'équipement, de diversification et d'adaptation de l'offre médico-sociale.
- La diffusion d'une note méthodologique précisant les orientations en matière de concertation et de communica-

cation du PRIAC, les principes méthodologiques de l'actualisation 2008 et l'évolution du cadre de présentation.

- Le partage de données communes régionales et départementales retracées dans une fiche synthétique pour chacune des régions et actualisées par la CNSA pour ce qui concerne l'offre existante.
- L'élaboration avec trois CTRI d'une revue des indicateurs utilisés dans les travaux régionaux et départementaux de planification et de programmation de l'offre médico-sociale, décrivant les sources d'information et les modes de calcul, mais aussi leur pertinence et leurs limites.

L'appui auprès des décideurs locaux et des acteurs, sur le plan qualitatif, s'effectue à travers des travaux engagés par la CNSA sur des thématiques ou des problématiques influant sur l'offre de services.

► **Un appui à la communication relative au PRIAC.**

- La diffusion d'une fiche de présentation générale du PRIAC, accompagnée d'un support de communication externe (document Power Point).
- La mise à disposition de chaque DRASS des éléments personnalisés permettant d'accompagner les documents de présentation de leur PRIAC, en vue d'une communication externe (graphiques et tableaux de synthèse).

► **Un appui technique à l'utilisation des outils Excel.**

- L'actualisation du guide de remplissage précisant la définition des notions.
- La réalisation d'un guide technique d'utilisation de l'application PRIAC, accompagnée d'une vidéo de démonstration.
- L'organisation d'une formation collective à l'utilisation des outils Excel PRIAC et d'une enquête semestrielle (en février 2008).

✿ Les premiers constats sur le processus d'actualisation du PRIAC en 2008

La mise en œuvre du processus d'actualisation⁽¹⁾

La concertation avec les partenaires en région s'est approfondie.

► **Une concertation généralisée avec les conseils généraux pour une programmation médico-sociale partagée.**

La concertation sur l'actualisation 2008 du PRIAC a été menée avec les conseils généraux dans l'ensemble des régions. Au-delà des échanges d'informations, la concertation a porté sur les programmations médico-sociales, pour le champ de compétence conjoint (établissements et services cotarifés), et dans la plupart des régions sur l'ensemble des programmations et sur les territoires prioritaires.

Les échanges ont principalement été conduits avec les services techniques, les élus n'ayant été associés que dans quelques régions – la période de réserve électorale constituant parfois une difficulté dans la conduite des échanges.

La concertation a majoritairement été menée au niveau départemental par les DDASS et les préfets de département mais, dans une dizaine de régions, une coordination des échanges a été organisée au niveau régional sous forme d'un comité de pilotage ou de groupes techniques réunissant les services départementaux. Pour un petit nombre de régions, les échanges avec les conseils généraux ont été menés au niveau régional par le préfet de région ou par le CTRI.

► **Un processus de concertation associant les ARH.**

Dans toutes les régions, l'ARH a également été associée au processus de concertation pour l'actualisation du PRIAC. Dans la moitié des régions, la concertation a porté sur l'ensemble de la programmation et dans l'autre, sur le secteur des personnes âgées ou celui du handicap. La coordination de la réalisation d'opérations particulières issues de recompositions hospitalières a été recherchée dans huit régions.

► **Une concertation interministérielle privilégiée avec l'Éducation nationale et en progression avec l'Équipement.**

Dans la plupart des régions, une concertation a été menée avec les inspecteurs d'académie dans le but de coordonner la programmation médico-sociale (SESSAD, IME) avec celle de l'Éducation nationale (postes d'AVS, CLIS, UPI) pour accompagner la scolarisation des enfants. La coordination des programmations a porté principalement sur l'année en cours et, plus rarement, sur les prévisions pluriannuelles. Les échanges ont été coordonnés par l'inspecteur d'académie désigné comme référent pour la scolarisation des enfants handicapés dans cinq régions, sous la forme de réunions régionales ou à travers sa participation au CTRI et au CROSMS.

La concertation avec les services de l'Équipement est encore limitée à quelques régions, au niveau régional, sur la programmation des PLS et la coordination avec les autres sources de financement de l'investissement médico-social (PAM / PAI, contrat de projet...).

(1) La mise en œuvre du processus PRIAC au regard des objectifs retenus pour l'actualisation 2008 a été appréciée à partir des remontées régionales (vingt questionnaires renseignés par les DRASS au 13 juin 2008).

D Avec les autres partenaires.

Treize régions ont associé au processus de concertation les partenaires de l'assurance maladie : CRAM, ERSM et parfois URCAM.

Les directions du travail ont participé aux travaux d'actualisation du PRIAC dans huit régions, sur la problématique de l'emploi des personnes handicapées.

Le conseil régional a été associé dans deux régions pour l'accompagnement de la mise en œuvre de la programmation médico-sociale, en investissement (contrat de projet) et en ressources humaines (schéma régional des formations).

La consultation des partenaires s'est élargie.

D Les avis consultatifs des CROSMs sont dans leur grande majorité favorables.

Sur dix-huit régions ayant soumis l'actualisation 2008 du PRIAC à la consultation du CROSMs au 13 juin 2008, un seul avis réservé a été émis, s'agissant de la programmation relative aux personnes âgées, pour garantir le maintien du taux d'équipement en EHPAD d'ici à 2012 compte tenu du vieillissement de la population. Dans deux régions, le CROSMs ne s'est pas prononcé sur l'examen du PRIAC actualisé mais a pris acte de la programmation prévisionnelle pluriannuelle. Dans les autres régions, un avis favorable a été émis.

D La consultation formelle des partenaires a été élargie aux présidents des conseils généraux et aux directeurs d'ARH.

La consultation des conseils généraux est recommandée par la circulaire DGAS-CNSA du 14 décembre 2006, relative aux conséquences juridiques du PRIAC, bien qu'elle ne soit pas explicitement prévue par les dispositions du CASF. Neuf régions ont sollicité de façon formelle l'avis des présidents des conseils généraux sur le PRIAC actualisé en 2008 et dix autres, celui du directeur de l'ARH. Au 13 juin 2008, les partenaires consultés ont émis un avis écrit dans la moitié de ces régions.

La communication auprès des acteurs et des porteurs de projets se développe.

Dix-sept régions ont organisé ou prévu des réunions d'information sur la programmation du PRIAC en direction des acteurs et des porteurs de projets du secteur médico-social. Les MDPH sont associées à ces rencontres dans sept régions et les acteurs du champ sanitaire (gestionnaires et professionnels des établissements de santé) dans trois.

Dans treize régions, la programmation du PRIAC actualisé en 2008 a fait ou fera l'objet d'une présentation devant une commission de concertation : les comités départementaux de concertation des personnes handicapées (CDCPH) dans huit régions, la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCMS) dans sept régions.

La mise en ligne du PRIAC actualisé en 2008 est prévue dans toutes les régions.

La plupart des DRASS ont élaboré des documents de communication spécifiques pour l'examen de l'actualisation du PRIAC par le CROSMs et par le CAR, et pour l'information des partenaires et des acteurs locaux. Les supports de communication fournis par la CNSA ont été utilisés par cinq régions.

*** Une convergence dans l'approche méthodologique**

Des volumes qui traduisent des programmations plus opérationnelles du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale⁽²⁾

Sur le secteur des personnes âgées.

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est régulier sur la période 2009-2012 et les volumes traduisent une programmation plus opérationnelle : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 22 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2008 (au 15 février) – hors DOM, alors qu'il s'élevait à + 33 % en moyenne dans les PRIAC métropolitains version 2007 pour la période 2008-2011⁽³⁾. Les graphiques qui suivent présentent les taux d'évolution par année de programmation rapporté au

(2) L'analyse porte sur les données des vingt-six priac actualisés parvenus à la CNSA au 10 juin 2008, dont dix-sept à l'issue des procédures de consultation et d'adoption (pour neuf régions, les données sont provisoires) :

– sur le secteur des personnes âgées : hors rebasage et médicalisation des EHPAD ;

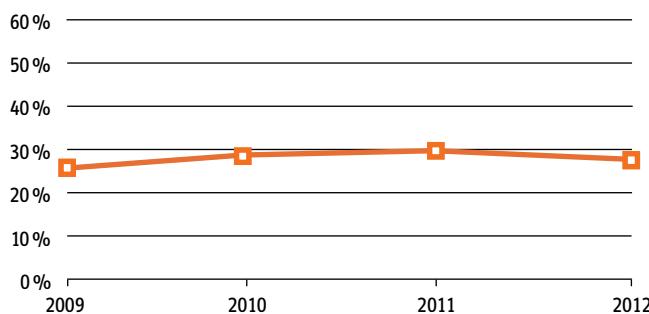
– sur le secteur du handicap : hors rebasage, ESAT, GEM.

(3) La comparaison entre les volumes de programmation dans les PRIAC actualisés en 2007 et en 2008 est toutefois à apprécier avec précaution, compte tenu du taux plus élevé de mesures nouvelles notifié en 2008 par rapport à 2007.

niveau de mesures nouvelles notifiées en 2008.

Toutefois, l'évolution annuelle se décline de façon différente selon les types d'accompagnement : la progression est globalement plus offensive pour les EHPAD et pour les SSIAD, dans une moindre mesure pour

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes âgées dans les PRIAC par année de financement 2009-2012 par rapport au montant alloué en 2008 (y compris rattrapages territoriaux – sur 26 PRIAC – hors médicalisation et rebasage)



l'hébergement temporaire, alors que l'accueil de jour enregistre un niveau d'évolution plus faible⁽⁴⁾. Enfin, les écarts entre les niveaux de programmation régionaux, qui s'étaient beaucoup réduits lors de l'actualisation 2007 par comparaison aux PRIAC adoptés en 2006, restent sur une échelle de 1 à 6 entre les évolutions les plus modérées et les plus offensives.

Un niveau de programmation plus soutenu sur le secteur des adultes handicapés.

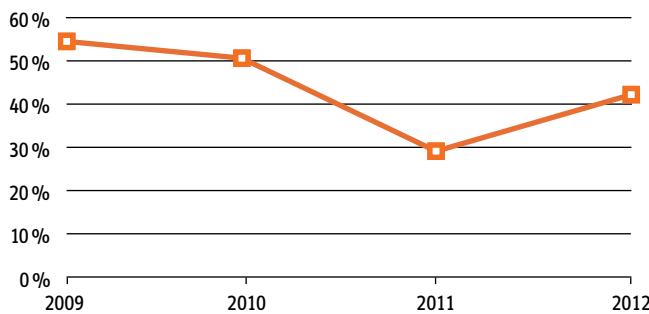
Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC pour les personnes handicapées est régulier sur la période 2009-2011, avec une accélération prévue en 2012, alors qu'il présentait une décélération en fin de période dans les programmations adoptées en 2007 pour 2008-2011.

L'évolution des volumes de programmation se situe de ce fait à un niveau globalement plus offensif : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 36 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2008 (au 15 février) – hors DOM.

Les écarts entre les niveaux de programmation régionaux se situent sur une échelle de 1 à 7 entre les évolutions les plus modérées et les plus offensives.

Toutefois, cette évolution recouvre des rythmes différenciés entre le secteur de l'enfance et celui des adultes. Tandis que les PRIAC actualisés en 2007 présentaient un niveau plus élevé sur le secteur de l'offre destinée aux enfants et aux adolescents, les programmations adoptées pour 2009-2012 expriment des besoins à la fois plus

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes handicapées dans les PRIAC par année de financement 2009-2012 par rapport au montant alloué en 2008 (y compris rattrapages territoriaux – sur 26 PRIAC – hors rebasage)



(4) Il s'agit d'une « décélération » et non d'une diminution : le taux de croissance des besoins exprimés en places nouvelles d'établissements et services reste positif d'une année sur l'autre.

soutenus et croissants pour le développement de l'offre d'accompagnement des adultes handicapés.

L'analyse de la programmation dans les départements d'outre-mer.

Compte tenu de la situation spécifique des départements d'outre-mer en matière d'offre médico-sociale et de besoins de la population, les programmations médico-sociales de ces territoires font l'objet d'une analyse distincte.

Les PRIAC adoptés en 2007 dans les DOM se caractérisaient par un volume de programmation très élevé, sur le secteur des personnes âgées⁽⁵⁾ comme sur celui du handicap, en cohérence avec le niveau déficitaire des équipements médico-sociaux ; mais ils présentaient également une décélération sur la période des cinq années, non corrélée avec la « capacité à faire » effective dans des départements plus fortement marqués par une sous-consommation de crédits et parfois un retard dans l'autorisation et l'installation des places financées.

L'analyse de l'actualisation 2008 des PRIAC dans les DOM – au-delà des écarts liés à la situation particulière de chacun de ces départements – fait apparaître un niveau de programmation qui reste très soutenu, au regard des besoins de rattrapage et de structuration de l'offre médico-sociale, mais sur un rythme globalement plus régulier sur la période 2009-2011. Les programmations sont particulièrement offensives sur le secteur des personnes âgées, principalement pour la création de places d'EHPAD. S'agissant de la programmation portant sur le handicap, elle reste soutenue sur le secteur de l'enfance mais progresse aussi sur celui des adultes.

Les coûts à la place des actions programmées dans le PRIAC

Les programmations régionales des PRIAC pour 2008-2012, sur le secteur des personnes âgées, ont été valorisées en termes de financement sur la base des coûts unitaires de référence, par type de structure utilisé comme base de calcul des programmations nationales.

Sur le secteur du handicap, si la programmation de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire a également été valorisée sur la base des coûts unitaires de référence, en revanche, pour certains établissements, les coûts à la place programmés en création ou extension dans les PRIAC 2008-2012 sont supérieurs de 6 à 10% au calibrage des plans nationaux (hors requalification et transformation). Il s'agit des MAS pour ce qui concerne les adultes et, pour les enfants, des établissements pour autistes et TED, des ITEP et des établissements pour polyhandicapés – malgré la revalorisation du coût unitaire opérée à partir de 2008.

Par ailleurs, un besoin de financement est exprimé, au-delà du calibrage général des plans, pour des places destinées à la prise en charge de publics présentant des handicaps particuliers, tels que l'épilepsie sévère ou les handicaps rares.

La diversification des modes d'accompagnement reste prépondérante sur le secteur des enfants

La répartition de la programmation en places d'établissements et en places de structures et services permettant le maintien à domicile ou l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est équilibrée sur le secteur des personnes âgées.

Sur le secteur du handicap, la part des établissements reste prépondérante pour les adultes (67 à 70 % en moyenne selon les années), tandis que pour les enfants, l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est privilégié (57 à 67 %).

Pour les deux secteurs, la structure de développement de l'offre par type d'accompagnement est assez stable sur la durée de la programmation.

Le développement de l'offre pour les personnes handicapées, par adaptation et transformation de l'équipement existant, s'accentue

Sur l'ensemble des places nouvelles programmées dans les PRIAC actualisés en 2008 pour la période 2008-2012, près de 3 000 places sont issues de la transformation ou de l'adaptation de l'équipement existant destiné aux enfants, soit 15 % de l'ensemble de la programmation sur ce secteur.

(5) À l'exception de la Guyane, qui n'avait pas réalisé de programmation sur le secteur des personnes âgées en 2007.

Il s'agit notamment d'actions de :

- requalification et transformation de places existantes pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents nécessitant un accompagnement plus lourd ou pour l'accueil d'un autre public ;
- transformation de places d'établissements en places de services pour l'accompagnement en milieu ordinaire (exemple : transformation de places d'IME ou d'IEM en SESSAD).

Sur le secteur des adultes handicapés, la part des places issues de la transformation de l'existant s'élève à 9 % du total des places programmées pour 2008-2012.

Ce sont principalement des actions de création de FAM par médicalisation de foyers de vie, en particulier en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

Quelques opérations de création de places de MAS ou de FAM, issues d'une recomposition de l'offre hospitalière, sont également identifiées dans les PRIAC, le plus souvent pour le handicap psychique et le polyhandicap.

Sur le secteur des personnes âgées, environ 2 000 places nouvelles d'EHPAD (soit 4 % du nombre de places d'EHPAD programmées sur 2008-2012) sont programmées par transformation de l'équipement existant, découlant principalement de la partition d'unités de soins de longue durée.

La valorisation de la programmation 2008-2012 en emplois

Vingt-deux régions (regroupant 91 départements) ont complété ce volet lors de l'actualisation 2008 du PRIAC.

► Sur le secteur des personnes âgées.

La prévision pluriannuelle des effectifs relevant des financements de l'assurance maladie sur le soin fait apparaître un besoin de plus de 23 000 ETP sur la période 2008-2012, majoritairement ciblé sur les aides-soignants (66 %) et les personnels infirmiers (20 %) ; les aides médico-psychologiques (AMP) restent minoritaires avec 12 % de la programmation des effectifs.

► Sur le secteur du handicap.

S'agissant du handicap, le besoin en effectifs pour couvrir la programmation médico-sociale prévisionnelle s'élève à près de 24 800 ETP sur la période 2008-2012. La part des effectifs programmés sur le secteur des adultes est prépondérante (72 %) par comparaison à celle destinée aux enfants (28 %).

Sur le secteur des enfants, les effectifs sont composés principalement de personnels socio-éducatifs (41 %), tandis que sur celui des adultes, la part des effectifs paramédicaux est prépondérante (49 %) et majoritairement constituée d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques.

Toutefois, les prévisions pour les personnels paramédicaux devront être affinées, en particulier pour les orthophonistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.

En complément de la valorisation en emplois de la programmation pluriannuelle, sept régions ont complété en partie l'annexe « ressources humaines » destinée à établir un diagnostic et un recensement des besoins (postes vacants et besoins en qualification et en formation). Ce volet pourra être documenté, sur le secteur du handicap, à partir des données de l'enquête ES 2006.

La contractualisation par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) se poursuit

Seize régions ont renseigné le volet « contractualisation » du PRIAC⁽⁶⁾.

- Sont ainsi recensés cent cinquante-deux CPOM et six GCSMS, dont quatre assortis de CPOM. Ces contrats concernent exclusivement le secteur du handicap.
- Parmi les contrats pour lesquels figure une date de signature, la majorité (72 %) doivent être finalisés en 2008, 10 % en 2009. Ils sont dans leur grande majorité conclus pour cinq ans.
- Quatre-vingt-dix CPOM ont pour objet des renforcements de moyens, soixante-et-onze comportent une restructuration et soixante-dix-sept un développement de l'offre. Quarante-six contrats cumulent ces trois objectifs.
- Parmi les différents organismes signataires, les trois associations le plus souvent mentionnées sont les ADAPEI (19), les PEP (13) et les APEI (9).

(6) Au 31 mars 2008, cent soixante-treize établissements ont fait l'objet d'un CPOM ayant donné lieu à versement (s'agissant des établissements à prix de journée).

Enfin, des besoins de « rebasage » du financement d'établissements ou services existants sont exprimés au sein des PRIAC 2008-2012 pour :

- la revalorisation du financement des SSIAD intervenant auprès de personnes âgées très dépendantes (dans quatre régions) ;
- le renforcement des personnels de certains établissements pour enfants ou adultes handicapés (IME, ITEP, MAS), afin de mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement (dans sept régions).

Les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales

Le volet des articulations sanitaires, médico-sociales et sociales a été renseigné par vingt régions. Il comporte trois parties complémentaires.

- Les actions de coopération dans le cadre des SROS III.

Les deux axes prioritaires ont été maintenus au titre de la continuité des soins et de l'accompagnement :

- la filière gériatrique ;

- la filière santé mentale et handicap psychique (pour les enfants, les adolescents et les adultes).

Sont identifiées des actions de coopération de différentes natures (intervention d'équipes mobiles, constitution de réseaux entre professionnels, développement de groupes d'entraide par les usagers...) et sous plusieurs formes (conventions, procédures ou protocoles d'organisation...).

Ces actions sont à développer dans le cadre de la concertation avec les ARH.

- Le repérage des réseaux existants et des projets associant soins de ville, hôpitaux et secteur médico-social : ce volet sera complété par la CNSA à partir des données disponibles de l'Observatoire national des réseaux.
- Les actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services, dans le cadre des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

*** Les grandes tendances qui se dégagent des PRIAC sur la période 2008-2012**

Sur le secteur des personnes âgées

- **Une stabilisation de la progression des modes d'accompagnement destinés à favoriser le maintien à domicile.**

La part de l'accompagnement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans la programmation des PRIAC reste stable sur la période 2008-2012 (49 %), par comparaison à la version 2007 (50 %).

La programmation contenue dans les PRIAC sur cinq ans permet d'atteindre les objectifs du plan Solidarité grand âge, dans sa configuration actuelle, et du plan Alzheimer pour ce qui concerne l'hébergement temporaire (plus de 6 300 places programmées sur 2008-2012) et, dans une moindre mesure, pour l'accueil de jour (près de 10 000 places programmées). La programmation du développement des capacités de SSIAD reste en deçà des objectifs nationaux (31 500 places programmées).

- **Une progression du développement de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.**

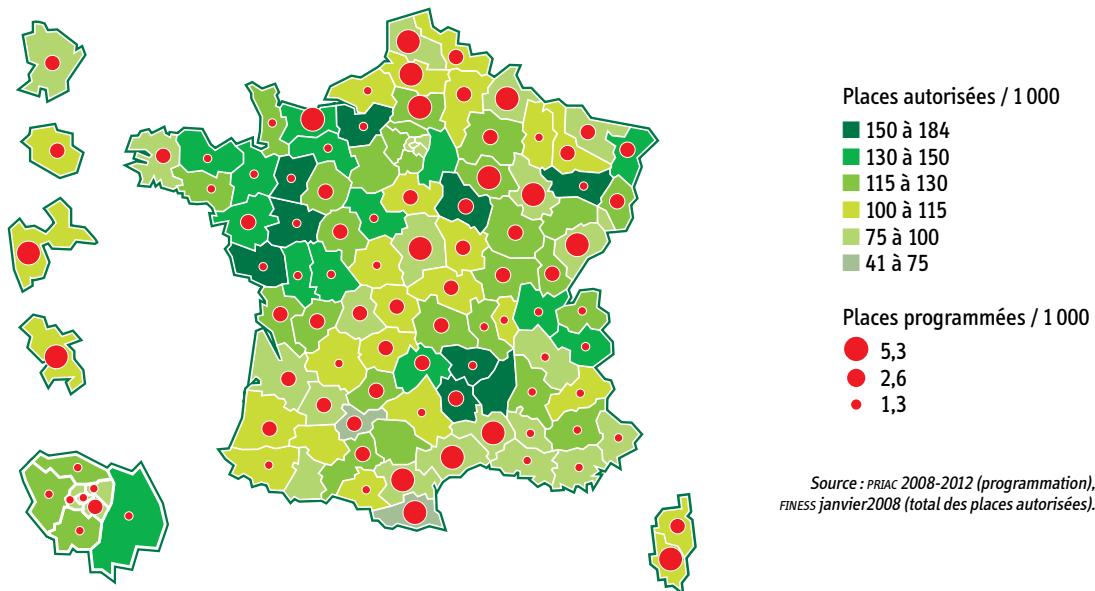
La programmation des places nouvelles d'EHPAD ne cible pas de manière spécifique les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Plus de 16 % des places programmées dans les PRIAC sur la période 2008-2012 sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer (13 % dans les PRIAC version 2007).

Ces places sont majoritairement centrées sur les structures de répit – accueil de jour et hébergement temporaire. Il faut néanmoins souligner que, parmi les places en EHPAD programmées pour les personnes âgées dépendantes, une part importante est appelée à accueillir également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'évolution de la maladie constituant aujourd'hui le principal motif d'entrée en établissement, sans pour autant qu'il soit possible de les identifier *a priori* dans les PRIAC.

- **Une programmation de places nouvelles d'EHPAD qui reste offensive.**

Avec 49 660 places d'EHPAD programmées pour 2008-2012, dont 46 500 sur financement prévisionnel au titre des plans nationaux (3 160 financées, soit par transformation – notamment des USLD –, soit par redéploiement de l'enveloppe médico-sociale), la programmation contenue dans les PRIAC actualisés en 2008 serait couverte à 60 % par les objectifs du plan Solidarité grand âge dans sa configuration actuelle.

Nombre de places en EHPAD programmées dans les PRIAC (2008-2012) et taux d'équipement médicalisé (places autorisées) en janvier 2008 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Les points représentent le nombre de places programmées et les couleurs correspondent au taux d'équipement par département sur population âgée de plus de 75 ans (source : FINESS janvier 2008).

Sur le secteur des personnes handicapées

► **Une progression de la programmation en faveur des adultes.**

La programmation 2008-2012, valorisée en montants de crédits, se répartit à raison de 38 % en faveur des enfants (45 % dans les PRIAC actualisés en 2007) et de 62 % en faveur des adultes (55 % dans les PRIAC version 2007).

La part du secteur des adultes se rapproche ainsi de celle qui lui est consacrée par le nouveau plan pluri-annuel de création de places, dans lequel ce secteur représente globalement 65 % des financements prévus au titre des mesures nouvelles – en réponse aux enjeux que représentent l'allongement des durées d'accompagnement et l'accroissement des besoins de soins liés au vieillissement.

► **Sur le secteur des enfants, le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire se poursuit.**

La part de l'accompagnement en milieu ordinaire dans la programmation 2008-2012 poursuit son augmentation ; elle représente 63 % du total des places programmées sur les cinq années (59 % dans les PRIAC adoptés en 2007) (*cf. cartes*).

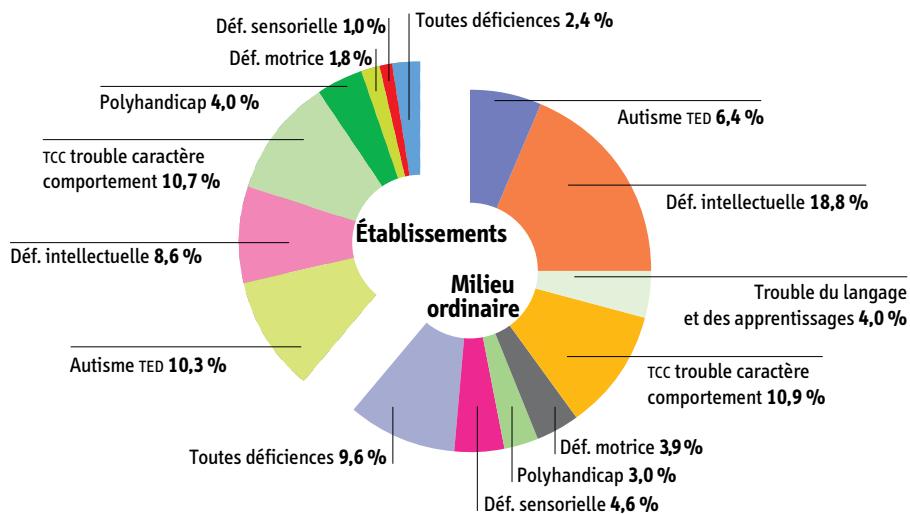
La poursuite du développement des capacités de SESSAD s'inscrit dans l'accompagnement de la scolarisation des enfants, principalement pour les déficiences intellectuelles ainsi que les troubles du caractère et du comportement et l'autisme (*cf. graphique*).

Aux places nouvelles de SESSAD, il convient d'ajouter également le développement de l'offre de CAMSP et CMPP, qui représente près de 10 % du montant total de la programmation sur 2008-2012⁽⁷⁾.

La répartition des places nouvelles programmées par publics diffère peu de celle des PRIAC version 2007 : le développement de l'offre est principalement tourné vers les déficiences intellectuelles (28 % des places programmées, quel que soit le mode d'accompagnement), les troubles du caractère et du comportement (22 %), l'autisme (16 %) et, dans une moindre mesure, le polyhandicap (7 %) et les déficiences motrices (6 %).

(7) La valorisation en nombre de places de l'activité des CAMSP et des CMPP n'étant pas stabilisée, il convient de se référer aux montants programmés.

Répartition des places programmées 2009-2012 pour les enfants et adolescents par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors CAMSP-CMPP et rebasage)



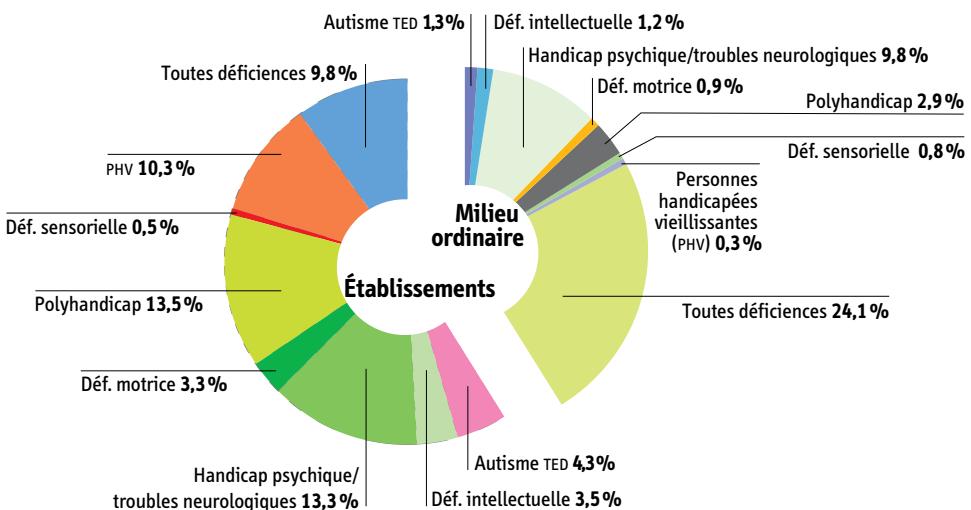
► **Sur le secteur des adultes, la programmation reste majoritairement tournée vers l'accompagnement en institution.**

La programmation des places en établissements représente plus de 65 % de la programmation des PRIAC pour les adultes handicapés sur la période 2008-2012. Les besoins en capacités de MAS et de FAM pour les plus lourdement handicapés restent prioritaires.

Le développement de l'offre dédiée au handicap psychique se poursuit (23 % des places programmées quel que soit le mode d'accompagnement), avec une progression de la part de l'accompagnement en milieu ordinaire à travers les SAMSAsH – *cf. cartes*.

La programmation en faveur des personnes handicapées vieillissantes (10 % des places programmées), par création de places nouvelles de FAM ou par la médicalisation de foyers de vie, traduit le besoin d'une offre d'accompagnement plus médicalisée.

Répartition des places programmées 2009-2012 pour les adultes par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors ESAT-GEM et rebasage)



► **La programmation en faveur de l'autisme traduit une demande soutenue.**

La programmation des places nouvelles pour l'autisme et les TED par les PRIAC sur 2008-2012 est en cohérence avec les objectifs du plan Autisme annoncé le 16 mai 2008 pour le champ de l'enfance, avec 1 900 places en établissements, dont 400 créées par transformation de l'existant (1 500 places prévues par le plan) et 1 000 places de SESSAD (600 places prévues par le plan).

Sur le secteur des adultes, la programmation reste en deçà des objectifs du plan national, avec 1 375 places de MAS-FAM, y compris en accueil temporaire (2 000 places programmées dans le plan Autisme) et 250 places de SAMSAH.

► La montée de la problématique des troubles du langage et des apprentissages.

La plupart des régions (17) programmait un développement de l'offre médico-sociale en faveur des enfants présentant des troubles du langage ou des apprentissages.

Il s'agit en grande majorité de places de SESSAD, destinés notamment à accompagner la scolarisation ainsi que de capacités de CAMSP pour les enfants de moins de 6 ans.

La programmation prévisionnelle sur 2008-2012 s'élève à 13,7 M€ sur cinq ans, pour sept cent soixante-treize places nouvelles (hors CAMSP), soit 4 % du total des places programmées sur le secteur de l'enfance.

► Les handicaps rares ou nécessitant une prise en charge complexe.

Les PRIAC 2008-2012 identifient plusieurs projets de création de places destinées à l'accompagnement des personnes présentant des handicaps rares ou nécessitant une prise en charge complexe. Sont ainsi programmées la création de places de CAMSP et de MAS pour l'épilepsie sévère dans cinq départements, et la création de places de SESSAD et de MAS destinées aux personnes sourdes-aveugles dans deux départements. En outre, la création de deux centres de ressources régionaux est prévue.

Le schéma national des handicaps rares, préparé par la CNSA, sera finalisé au deuxième semestre 2008 ; il porte sur les situations rares et les expertises complexes non disponibles en proximité.

► Les modes de réponse nouveaux ou émergents.

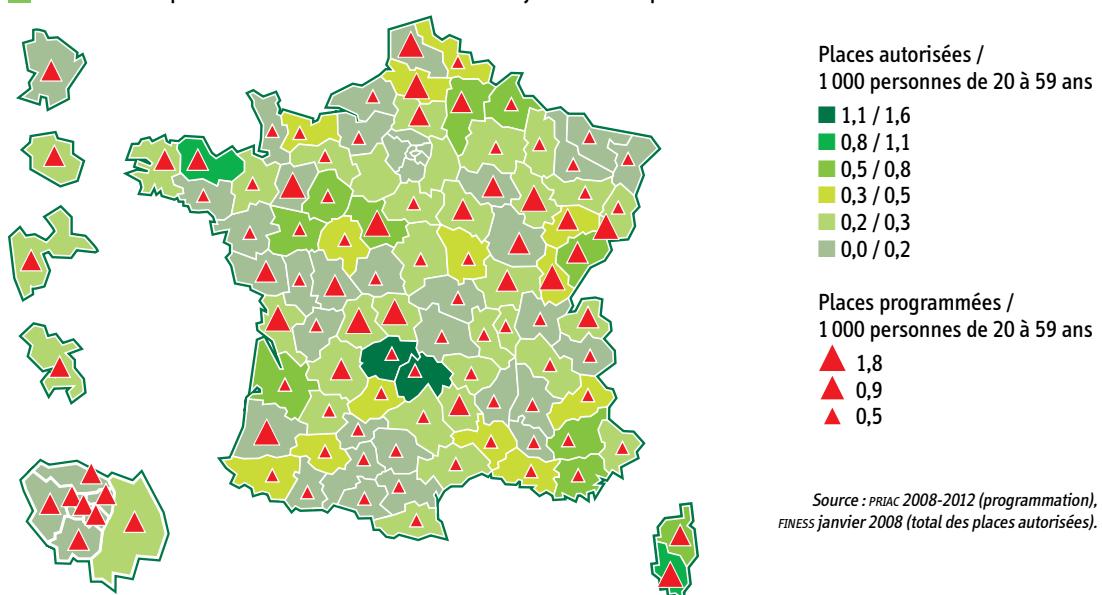
Les programmations régionales contenues dans les PRIAC actualisés en 2008 identifient également des modes de réponse nouveaux ou émergents, qui ne sont pas nécessairement inclus dans les objectifs des plans nationaux.

Ces modes de réponse illustrent des modalités de coopération entre les acteurs. Sont ainsi programmés la création ou le renforcement d'équipes mobiles, associant souvent des professionnels du secteur sanitaire et du champ médico-social, pour apporter un soutien dans les établissements et services, notamment en direction de certains publics tels que les enfants ou les adultes autistes, polyhandicapés, traumatisés crâniens et cérébro-lésés ou handicapés psychiques.

Par ailleurs, l'expérimentation de nouveaux modes de tarification émerge au sein des PRIAC, sur le champ de l'enfance en particulier, pour l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement, permettant un financement conjoint par le préfet et le président du conseil général.

Enfin, un besoin de structuration de la fonction d'appui, au niveau régional ou interrégional, s'exprime à travers la programmation du développement de centres de ressources dans les PRIAC, en particulier auprès des équipes pluridisciplinaires des MDPH, pour l'évaluation des situations individuelles ainsi que pour l'accompagnement des publics nécessitant des compétences particulières. En complément des centres de référence sanitaires pour les maladies rares, une organisation territoriale des compétences sera à définir.

Nombre de places en SAMSAH-SSIAD programmées dans les PRIAC (2008-2012) et nombre de places en SAMSAH-SSIAD autorisées en janvier 2008 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans



Les triangles représentent le nombre de places programmées et les couleurs correspondent au taux d'équipement par département sur population âgée de 20 à 59 ans (source : FINESS janv 08).

* Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2007 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

* Rappel des objectifs

Le premier plan d'aide à la modernisation, doté de 500 M€ issus des excédents de la CNSA (350 M€ pour les personnes âgées et 150 M€ pour les personnes handicapées), s'est mis en œuvre dans le contexte législatif et réglementaire prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2006 (modifié en août) a fixé la procédure applicable pour l'instruction des dossiers présentés par les porteurs de projet du secteur médico-social et, notamment dans son article 4, le principe d'une programmation régionale priorisée proposée par les préfets de région.

Enfin, intégrant les orientations du Conseil de la CNSA formalisées par délibération du 24 janvier 2006, l'instruction conjointe CNSA/DGAS du 17 mars 2006 précisait les critères de priorisation à retenir pour l'analyse des dossiers.

Les critères d'éligibilité au plan de modernisation étaient les suivants :

- établissements pour personnes âgées (article L 312-1-6 du CASF et L 633-1 du Code de la construction et de l'habitation) et personnes handicapées (article L 614-3-1 du CASF) en fonctionnement au 1^{er} janvier 2006 ;
- opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, et la modernisation.

L'article 86 de la LFSS 2007 a reconduit la possibilité pour la CNSA de soutenir, dans les mêmes conditions, des opérations d'investissement, à l'exception des équipements matériels et mobiliers.

Le plan d'aide à la modernisation 2007 a donc été doté de 184,9 M€ pour aider, selon les mêmes critères d'éligibilité, de procédure et de priorité, au financement d'opérations de modernisation.

La question de la priorisation des travaux à privilégier quant à la nature des locaux concernés (administration, logistique, locaux de vie, espaces techniques de soins et d'accompagnement) et à la place à accorder aux mises aux normes techniques et de sécurité, a fait l'objet d'orientations du Conseil pour 2006, confirmées en 2007.

Il avait ainsi été décidé de soutenir les priorités suivantes :

- la modernisation des locaux existants concerne prioritairement les locaux de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie, avec une attention particulière pour les lieux de vie permanents ;
- les travaux de mise aux normes techniques et de sécurité doivent s'inscrire dans un projet global d'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées ainsi que des conditions d'exercice des professionnels. Aussi, les travaux de mise aux normes, à titre exclusif, ne doivent ils pas dépasser 15% de la programmation régionale ;
- les établissements développant des modes d'accompagnement diversifiés (accueil modulé, hébergement temporaire...) et s'inscrivant dans les coopérations permanentes structurées.

Afin d'assurer un démarrage rapide des projets tout en tenant compte des procédures techniques et des mises en concurrence, la sélection des dossiers doit prendre en compte le stade d'avancement technique du dossier.

Les critères d'analyse fixant les priorités sont déclinés de la manière suivante.

- Par nature de travaux : restructuration, construction neuve, étude de faisabilité, mise aux normes exclusive sans intégration dans un projet de vie.
- Date de démarrage des travaux : l'instruction précisait que les dossiers devaient être suffisamment avancés (au stade du programme technique détaillé). Dans le cas contraire, la possibilité de financer des études de faisabilité était ouverte.
- Engagement dans le processus de conventionnement tripartite pour les établissements accueillant des personnes âgées.
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale par rapport au nombre total de places.
- Diversification des modes d'accueil.
- Existence d'un projet d'établissement ou d'un projet de vie.

Afin de cadrer financièrement l'exercice de programmation régionale, la CNSA a défini des enveloppes régionales de crédits indicatives reposant sur des critères sociologiques (35 %), de taux d'équipement (50 %) et de potentiel fiscal (15 %) et a proposé une répartition des crédits entre le secteur PA et PH, à hauteur respectivement de 70 % pour les PA et 30 % pour les PH.

Les plans de modernisation 2006 et 2007 répondent donc à un triple enjeu :

- la rénovation du parc d'hébergement et d'accueil (mise aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction);
- adaptation des locaux pour une meilleure qualité de service;
- générer un effet de levier financier significatif, s'ajoutant aux efforts des financeurs précédents (État, CG, CNAM et CNAV) et réduire l'impact financier des opérations d'investissement sur les usagers (sur le secteur des personnes âgées, augmentation limitée des prix de journée d'hébergement, tarifés par les conseils généraux au regard de la solvabilité des personnes hébergées) ou sur le budget de fonctionnement des établissements financés par l'assurance maladie.

★ La mise en œuvre du processus

Le PAM 2007 s'inscrivait dans la continuité du PAM 2006 en termes de procédure.

Le rôle de chacun, en référence à l'arrêté ministériel et à l'annexe de procédure, n'est cependant pas encore stabilisé.

En effet, il a été constaté :

- des dossiers de qualité technique inégale, notamment sur le descriptif des travaux et les objectifs des programmes de construction, déclarés complets par les DDASS ;
- des pratiques variables des services de l'État selon les régions (sur le périmètre des établissements prioritaires, sur l'échange avec les maîtres d'ouvrage...);
- une dichotomie trop forte entre analyse technique et analyse financière et la nécessité de renforcer la mesure de l'impact de l'investissement en fonctionnement entre les niveaux départemental et régional ;
- la nécessité pour les DRASS et DDASS d'informer les demandeurs de la suite négative réservée à leur demande d'inscription au programme régional proposé à la CNSA par le préfet de région et de son motif ;
- la concertation avec les autres financeurs à poursuivre ; l'objectif de coordonner les programmations PLS, contrats de projets, aides CNSA et aides des collectivités locales doit encore progresser afin de faciliter les tours de table financiers des maîtres d'ouvrage.

Le besoin d'appui technique au niveau local est très fortement ressenti.

Principalement, il est demandé :

- une simplification et une clarification des supports et des informations demandées, afin d'homogénéiser la caractérisation des projets et d'améliorer le suivi de l'impact des plans ;
- un guide et une formation pour l'analyse des conséquences financières des opérations d'investissement sur le fonctionnement des ESMS.

Le circuit de mise en paiement doit être optimisé, pour gagner en délai de traitement.

La communication nationale et locale doit être renforcée et converger vers des porteurs de projets. À cet effet, des supports de communication seront diffusés via les sites extranet et internet de la CNSA. L'information sur les correspondants en région et les priorités est à poursuivre, afin d'éviter que les porteurs de projets ne saisissent par défaut l'échelon national.

La valorisation des pratiques intéressantes et des projets innovants est souhaitée.

★ Bilan quantitatif des notifications

Montants notifiés et nombre de dossiers.

- 129,6 M€ pour le secteur des personnes âgées, soit le financement de cent soixante-dix-sept dossiers pour un montant total de travaux de 999 M€ ;
- 53,5 M€ pour le secteur des personnes handicapées, soit le financement de cent trente-quatre dossiers pour un montant total de travaux de 287 M€.

Taux moyen d'aide de la CNSA.

- Secteur des personnes âgées : 16,57%, soit un montant moyen d'aide de 732 225 €.
- Secteur des personnes handicapées : 27,90%, soit un montant moyen d'aide de 399 534 €.

Cofinancements.

- Secteur des personnes âgées.
 - Taux d'intervention des cofinanceurs publics dans les dossiers : 11 % CG, 1 % CRAM, 1 % CNAV, 2 % CPER, 5 % autres.
 - Taux d'emprunt : 54 %.
 - Taux d'autofinancement : 11 %.
- Secteur des personnes handicapées.
 - Taux d'intervention des cofinanceurs publics dans les dossiers : 2 % CG, 1 % CRAM, 1 % CNAV, 2 % CPER, 2,31 % autres.
 - Taux d'emprunt : 38,36 %.
 - Taux d'autofinancement : 22,22 %.

En 2007, on constate un respect d'ensemble du périmètre légal, à l'exclusion d'une région ayant proposé le financement d'un ESAT. Les dépenses subventionnables fixées par les DRASS ont exclu les équipements matériels et mobiliers et les capacités en création, quand les opérations de modernisation s'accompagnaient d'extensions, non éligibles.

✳ Éléments qualitatifs

D'un point de vue qualitatif, le plan d'aide à l'investissement 2007 soutient davantage de projets s'inscrivant dans un effort plus global d'adaptation des établissements.

Les opérations ne concernant que des mises aux normes ponctuelles, sans inscription dans un projet améliorant les espaces de vie des résidents, sont en diminution, en cohérence avec l'orientation prioritaire du Conseil. Aucune région n'a donc été régulée à ce titre. Le maintien de cette orientation reste opportun, certains promoteurs ayant intégré par exemple des opérations de désamiantage.

L'analyse des éléments présentés ci-dessus amène les constats suivants sur la nature des travaux.

- Les projets présentés dans le champ de l'accueil des enfants handicapés concernent un nombre non négligeable d'internats et de classes et espaces d'enseignement. Il paraît important d'être vigilant et de revalider la pertinence de leur localisation, dans un contexte de développement de la politique de scolarisation en milieu ordinaire. L'aide à l'investissement CNSA dans ce domaine peut, à l'instar de plusieurs projets soutenus, constituer un levier de transformation de l'accompagnement préexistant, y compris dans sa localisation géographique.
- Le financement de locaux techniques (buanderie hospitalière, standard, cuisine, balnéothérapie...) et d'espaces extérieurs, s'il est ponctuel, mériterait d'être discuté, au regard de la priorité aux espaces de vie permanents des personnes en perte d'autonomie.
- L'incitation à sélectionner des projets s'inscrivant dans la démarche HQE se retrouve dans plusieurs régions et pour des projets de tout type.
- L'intégration aux programmes d'opérations portant sur des modes d'accueil diversifiés est très fréquente et constitue un point positif du mouvement de modernisation engagé, qu'il s'opère par aménagement des capacités existantes ou par création-extension, et dans ce cas, en 2007, hors dépense subventionnable.
- 80 % des projets de modernisation d'EHPAD intègrent des places d'accueil de jour, des lits d'hébergement temporaire et/ou des unités adaptées aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou s'adaptent globalement à leur accueil. Certains présentent des unités sécurisées. Les recommandations architecturales et de qualité de service en établissement prévues au plan Alzheimer et au programme de l'ANESM seront utiles pour guider les maîtres d'ouvrage et les équipes.
- À l'occasion de la transformation totale ou partielle des logements-foyers conventionnés, l'aide à la modernisation se met en œuvre, mais avec encore de fortes inégalités selon les régions.
- Sur le secteur des personnes âgées, un réel effort de rééquilibrage du bénéfice du plan d'aide CNSA, selon les statuts des gestionnaires, a été réalisé sur 2007. En effet, la répartition des opérations entre les secteurs public et associatif s'établit respectivement à 59 % et 41 %, alors qu'il était de l'ordre de 70 % et 30 % pour 2006.

Sur le secteur des personnes handicapées, ce rapport s'établit à 85 % pour le secteur associatif et à 15 % pour le secteur public, conformément à la répartition des établissements au niveau national.

Au final, on constate la persistance d'un besoin extrêmement important en matière de réhabilitation et de modernisation de capacités existantes, dans le champ tant des personnes âgées que celui des personnes handicapées, avec des variations d'intensité selon les régions, difficiles à objectiver à ce stade.

Compte tenu de leur équipement médico-social en phase de constitution et de rattrapage, les DOM insistent sur le besoin d'aide à l'investissement pour favoriser la création, dans un contexte d'absence de PLS (système de la ligne budgétaire unique, d'usage libre pour les collectivités locales).

L'aide à l'investissement CNSA s'inscrit comme un levier utile à la transformation du secteur médico-social.

* Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2007

Note de synthèse des rapports des présidents de conseil général

Les trois quarts des départements ont transmis les rapports annuels sur l'activité de leur maison départementale des personnes handicapées, alors que seuls cinquante-deux l'avaient fait l'année dernière. **Soixantequinze rapports** avaient ainsi été reçus au 30 septembre 2008, souvent après avoir été présentés devant la commission exécutive du GIP, voire, quelquefois, devant la commission des affaires sociales du conseil général.

Les rapports sont de consistance inégale, allant de moins de dix pages à plus de quatre-vingts. Si la majorité d'entre eux relatent le fonctionnement des MDPH de manière formelle, certains ont structuré leur document en un véritable bilan annuel. De nombreux rapports comportent une conclusion politique et prospective.

Le nombre de rapports transmis est suffisamment significatif pour permettre de faire ressortir **les grandes évolutions du nouveau dispositif**.

On se rappelle la création relativement rapide des GIP au 1^{er} janvier 2006 et la mise en place dans des conditions quelquefois difficiles des MDPH. Ainsi, l'année 2007, sans pouvoir être considérée, à la lecture des rapports des PCG, comme une année de pleine maturité, constitue **une étape décisive** dans le développement de ce pilier essentiel de la loi du 11 février 2005.

Étape décisive à trois niveaux : la constitution des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, le regroupement des services dans des locaux communs et le tissage, souvent très large, de partenariats à la fois politiques et techniques. On peut également noter les efforts faits dans d'autres domaines : ceux réalisés pour constituer une équipe d'accueil, avec des personnels exerçant un véritable métier, qui est désormais reconnu au sein de la MDPH ; pour organiser les travaux de la CDAPH ; pour réduire les délais de réponse et résorber les anciens stocks ; ou pour mettre en place le fonds départemental de compensation.

Au-delà d'une prise de conscience de la philosophie générale de la loi nouvelle, il y a eu, dans de nombreux départements, **une réflexion conduite sur le rôle de la MDPH** et sur ce qui favoriserait un fonctionnement optimal, à partir d'une analyse des enjeux d'un service public moderne.

Une vraie « **consolidation** » de cette nouvelle structure a ainsi été réalisée au cours de l'année 2007.

Sans être exempts de remarques, voire de plaintes, sur les difficultés encore rencontrées pour créer avec les MDPH un service public performant, ces rapports ont été rédigés sur un ton plutôt positif, significatif d'un nouvel élan et du dynamisme des directeurs et de leurs équipes.

On notera combien un grand nombre de départements utilisent les statistiques nationales, et le retour personnalisé chiffré qui leur est assuré par la CNSA, pour pointer leur place au niveau national selon les items. Cela confirme l'importance pour le pilotage local de pouvoir situer l'action d'une MDPH par rapport à celle de l'ensemble des autres départements.

Si ces rapports relatent essentiellement l'activité chiffrée de la maison départementale, un certain nombre de réflexions et de propositions sont émises. Elles permettront de préciser, voire de redéfinir en les approfondissant, les relations nouées entre les MDPH et les équipes de la CNSA, dans ce « compagnonnage » engagé depuis maintenant trois ans, et nourriront le processus de renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service, au 1^{er} semestre 2009.

***Avertissement au lecteur :** il voudra bien être indulgent sur certains tableaux statistiques qui portent sur un nombre de départements sensiblement inférieur à celui des rapports reçus, car soit les données n'apparaissent pas dans tous les rapports, soit leur exploitation n'a pu être réalisée suffisamment tôt. Si les rapports des départements sont pour la plupart riches en indications locales, précisant de façon heureuse les données chiffrées transmises régulièrement à la CNSA, ils restent encore difficiles à analyser de manière systématique, par non-respect d'une trame commune.*

Les rapports d'activité des MDPH s'accompagnent, en parallèle et en amont, d'une phase d'échange de données entre les MDPH et la CNSA, qui a pour but de permettre aux MDPH de disposer de « repères » quantitatifs pour la rédaction de leur rapport d'activité. Quatre-vingt-sept maisons départementales ont participé à cet échange sur les données 2007.

Les graphiques présentés ci-après illustrent les résultats obtenus par ce circuit d'échange. Ils sont parfois basés sur un échantillon inférieur à quatre-vingt-sept, lorsque certaines réponses n'ont pas pu être analysées.

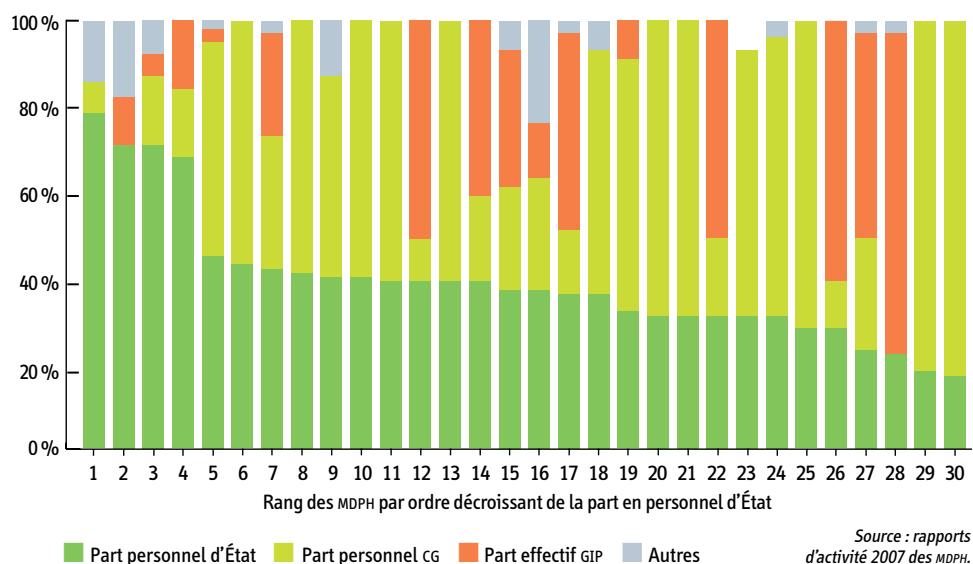
✿ Les conditions de fonctionnement

Les personnels

Malgré, et à cause des difficultés rencontrées dans certains départements avec les mises à disposition des personnels de l'État, les MDPH ont recruté un assez grand nombre d'agents, soit directement soit, dans la majorité des cas, par le biais du conseil général qui les affecte à la maison départementale. Il n'a toutefois pas été possible de faire la part, dans les statistiques fournies, du total des postes en équivalents temps plein à la MDPH et des postes mis à disposition. Les données n'ont pas permis de distinguer les agents mis à disposition par les trois services de l'État concernés (Éducation, Travail et Affaires sociales) et les agents départementaux recrutés pour la MDPH, qui sont juridiquement aussi dans une situation statutaire de mise à disposition.

Origine des personnels en 2007

Échantillon : 30 MDPH



Source : rapports d'activité 2007 des MDPH.

Les deux tiers des MDPH fonctionnent avec au moins 50 % de mises à disposition, État et conseil général confondus, et certaines ne fonctionnent qu'avec du personnel mis à disposition.

Le nombre d'agents a globalement été augmenté de 50 % dès les deux premières années d'installation. Rares sont les départements qui ne disposent pas d'une trentaine d'emplois permanents sur les différentes missions de la maison départementale. Tel département de trois cent mille habitants présente un organigramme de quarante-trois personnes, toutes qualifications confondues, pour vingt-huit équivalents temps plein.

Quant à leur gestion, il apparaît qu'un certain nombre de GIP ont recruté leur personnel au-delà de ce qu'on aurait pu penser au départ, tant dans des départements très peuplés que dans certains plus petits. Cette place plus autonome ressort soit de la volonté politique locale, soit de la nécessité de donner à certains personnels un contrat plus favorable, ce qui n'aurait pas été possible au sein du statut de la fonction publique territoriale. Dans certains départements, des conventions ont été formellement passées entre les services des conseils généraux et les GIP sur les questions de personnel et sur l'informatique.

Pour ce qui concerne les recrutements nouveaux, les uns, considérant que c'était là une mission nouvelle de leur politique sociale, ont agi comme s'il s'agissait d'une vraie décentralisation, et les autres ont d'abord attendu les transferts de l'État, ou leur prise en charge financière, avant de décider de recruter directement. Si on juge que globalement les trois quarts des crédits de fonctionnement sont consacrés à des frais de personnel, **on peut considérer que mille emplois sont financés** en plus des ressources humaines existantes grâce aux concours financiers de la CNSA (45 M€ par an).

De nombreux rapports notent, une nouvelle fois, la précarité de certains postes, en raison de l'absence de toutes les mises à disposition d'emplois initialement prévus dans les conventions de création des GIP ainsi que d'incertitudes sensibles sur les transferts de crédits de l'État. Outre le manque de moyens en personnel, venant souvent d'agents de l'État qui avaient à la fois la mémoire et les compétences techniques, on regrette aussi que cette précarité des situations ait des conséquences dommageables sur la professionnalisation des équipes dont les membres sont des remplaçants sous contrat de courte durée.

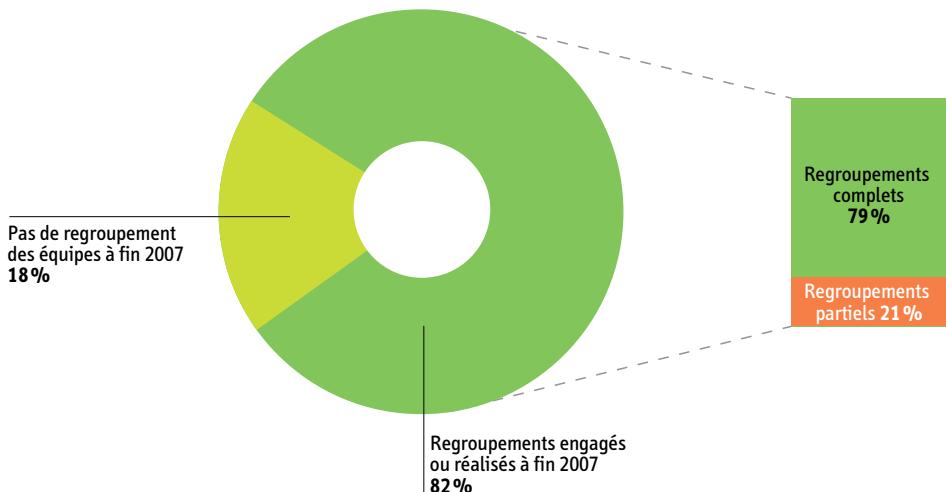
Au-delà de ces difficultés dénoncées, des éléments très positifs sont mis en avant comme les efforts de formation engagés par la majorité des départements pour homogénéiser les cultures de ces personnels venant d'horizons différents et ayant des âges et des compétences diverses, y compris en faisant sauter progressivement la barrière entre les anciens des CDES et des COTOREP. La réunion dans des locaux uniques, les qualités de management des directeurs, et sans doute la nouvelle proximité des membres de la CDAPH ont favorisé ces évolutions.

✿ Les locaux

C'est également un domaine dans lequel les progrès ont été nombreux en 2007. **Les trois quarts des départements disposent de locaux uniques** permettant aux équipes d'être regroupées sur un même site même si, dans certains cas encore, ce regroupement reste provisoire, avec des locaux mal agencés, en attendant des locaux neufs ou rénovés.

L'aménagement des nouveaux locaux a permis de faire réfléchir les équipes à leurs missions, à leurs moyens et à leurs relations fonctionnelles. En cela, au-delà de la crainte toujours liée aux changements, les déménagements ont été de fait plutôt structurants. L'accessibilité des locaux a fait l'objet d'un travail approfondi avec les associations représentatives pour assurer la prise en compte des besoins de tous les types de handicap. Différentes modalités d'accès pour les personnes sourdes se mettent en place (langue des signes, Web-sourd, affichage électronique...).

Regroupement des équipes à fin 2007
État des lieux – Échantillon : 57 MDPH



- Près de 80 % des MDPH ont engagé une démarche d'accessibilité.
- Elles sont plus nombreuses à avoir engagé une démarche d'accessibilité lorsqu'elles ont engagé un regroupement (partiel ou total) : 91 %.

Le système d'information

Ce domaine, l'un de ceux qui ont donné lieu au plus grand nombre de réunions techniques au niveau national, n'est pas traité de façon trop négative dans les rapports.

De par la disparition programmée des anciens systèmes ITAC et OPALES, les MDPH ont dû s'atteler à la recherche d'une solution de remplacement leur permettant de s'affranchir des anciennes solutions nationales et mettre sur pied **un traitement automatisé des données à caractère personnel** pour faciliter l'instruction, la gestion et le suivi des demandes.

La recherche de solutions a reposé sur l'extension du périmètre du système d'information de chaque conseil général dédié à l'aide sociale ou au passage d'appels d'offres pour l'acquisition d'un logiciel spécifique de gestion de la MDPH.

Si, pour 2007, peu de maisons départementales indiquent avoir fait basculer leur système, on peut considérer qu'au milieu de l'année 2008, près de la moitié d'entre elles étaient en passe de le faire. L'appropriation des nouveaux systèmes s'appuie aussi sur la conservation d'un outil répondant aux besoins d'archivage à partir des anciens logiciels, l'historique des dossiers étant ainsi sauvegardé.

✿ Les différentes missions de la MDPH ont été mieux prises en compte en 2007

L'accueil

Il s'agit du « service » qui était le plus attendu, notamment par les associations de personnes handicapées, et le plus significatif du changement de regard dans le domaine institutionnel. Tant par le nombre d'agents chargés de cette mission première de la MDPH (14 % des agents y sont affectés) que par l'organisation des locaux, de réels progrès ont été réalisés au cours de l'année 2007. Il n'est pas rare que dans un département de taille moyenne, l'effectif affecté à cette mission dépasse les dix agents. Un véritable suivi de l'activité de l'accueil se met en place et permet d'adapter les moyens (locaux, lignes téléphoniques et personnel dédié) en fonction de la fréquentation tant physique que téléphonique.

À titre d'exemple, dans la MDPH d'un département de taille moyenne-haute (le Finistère, huit cent cinquante mille habitants), on reçoit trente personnes par jour et on répond à trois cents appels téléphoniques. Le souci de l'accessibilité de la maison départementale s'est souvent concrétisé par des permanences en langue des signes française et l'édition de documents en braille.

Parmi les innovations, on peut citer la mise en place de plates-formes téléphoniques avec des personnels formés et surtout l'organisation, dans de nombreux départements, **d'un accueil physique à deux niveaux** : l'information, d'une part, et l'accueil plus complet pour la constitution des dossiers, d'autre part, permettant une écoute approfondie de la personne et un début d'instruction.

Dès cette deuxième année de fonctionnement, les maisons départementales ne sont plus le lieu unique d'accueil des personnes handicapées sur le département, près de la moitié ayant déjà déployé des accueils secondaires sur leur territoire.

Toutefois, rares sont les CLIC ou les CCAS qui ont été mobilisés (on les trouve dans moins de 20 % des départements). **Ce sont plutôt les unités territoriales d'action sociale** – services des conseils généraux –, qui constituent ces points d'appui déconcentrés. Les CAF sont également sollicitées comme point d'accueil pour les parents d'enfants handicapés.

Les rapports mentionnent aussi l'ouverture de la MDPH aux associations, qui y assurent des permanences, ainsi que l'existence de permanences d'accueil associatives localisées sur le territoire départemental pour le compte de la maison départementale.

Un réel souci de communication existe avec le développement de différents instruments et supports d'information : livret d'accueil, affichage par écran électronique, bornes interactives de la CAF et de l'AGEFIPH, site internet spécifique ou rubrique sur le site du conseil général, plaquettes et brochures en direction du grand public.

✿ L'évaluation

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) semble être utilisé par la quasi-totalité des MDPH, même s'il ne l'est que partiellement (80 % des départements), quelques-uns disant ne pas l'employer du tout...

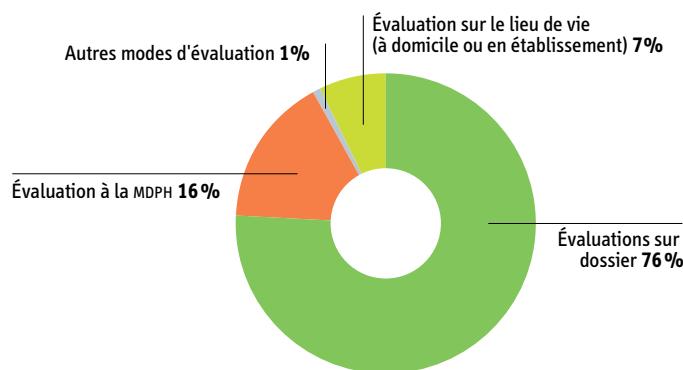
Les MDPH qui ont organisé des rencontres de travail autour de cet outil soulignent combien elles ont permis aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et des équipes conventionnées « *d'échanger sur l'appréciation de la situation de la personne handicapée, des différentes déficiences et incapacités* », débats favorisant l'émergence d'une culture commune. La pluridisciplinarité devient progressivement une réalité, au fur et à mesure de l'arrivée dans les équipes de professionnels de formations différentes (assistants sociaux, ergothérapeutes, conseillers en économie sociale et familiale...). Des formations à l'utilisation du guide sont souvent citées dans les rapports annuels.

C'est sans doute dans les équipes pluridisciplinaires que les effectifs de professionnels ont connu la plus grande augmentation ; le « noyau dur » (personnels spécialisés internes à la MDPH) peut représenter jusqu'à 80 % du personnel. Il est souvent fait appel à des expertises extérieures, même dans le cas des gros départements. Les rapports n'évoquent cependant que très peu les services de PMI, ou les secteurs de psychiatrie...

Si, dans l'esprit de la loi, l'évaluation pluridisciplinaire devait donner lieu à des entretiens personnalisés, les trois quarts des demandes sont examinées au travers des seuls dossiers, les visites à domicile restant encore très minoritaires. On peut toutefois faire remarquer que ces évaluations sur le lieu de vie des personnes sont passées de 4 % en 2006 à 7 % en 2007, et qu'elles représentent ainsi quelque mille visites en moyenne par département. Elles sont en effet réservées aux demandes les plus complexes nécessitant une évaluation de l'environnement de vie de la personne handicapée.

■ Répartition des modes d'évaluation en 2007

Échantillon : 39 MDPH



✿ La CDAPH

Malgré le nombre important de ses membres comme de ses réunions, la **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** ne fait pas l'objet de critiques massives quant à son fonctionnement.

Après le sentiment d'écrasement devant les tâches à accomplir qui était celui des directeurs comme des présidents de commission en 2006, notamment en raison des stocks de dossiers non traités dans l'ancien dispositif, la lecture des rapports annuels de 2007 donne une impression, sinon d'apaisement, du moins d'utile réflexion engagée par les nouveaux responsables sur la meilleure organisation à mettre en place.

En effet, la CDAPH est une organisation originale appelée à construire un mode de fonctionnement innovant qui doit à la fois faire face à la pression de la masse des dossiers et garantir la recherche du traitement le plus individualisé possible pour un certain nombre de demandes.

La majorité des départements ont organisé des sessions de la commission des droits au moins tous les quinze jours, voire chaque semaine durant toute la journée. Aucune MDPH ne se plaint de l'absentéisme de ses membres, enrayé sans doute grâce aux nombreux suppléants nommés...

Le souhait d'étudier toutes les demandes en « ouvrant les dossiers en séance » avait été pointé, l'année dernière, comme une difficulté structurelle du nouveau dispositif. Le taux d'examen des dossiers apparaît dans certains rapports, celui-ci s'opposant à une modalité de présentation par listes. Une répartition selon les âges semble encore assez majoritaire dans l'organisation des CDAPH.

De nombreuses commissions veillent à recevoir les demandeurs, dans des conditions d'écoute garantissant une certaine dignité, souvent en petit comité, évitant ainsi que les vingt-trois membres ne soient tous réunis pour ces audiences.

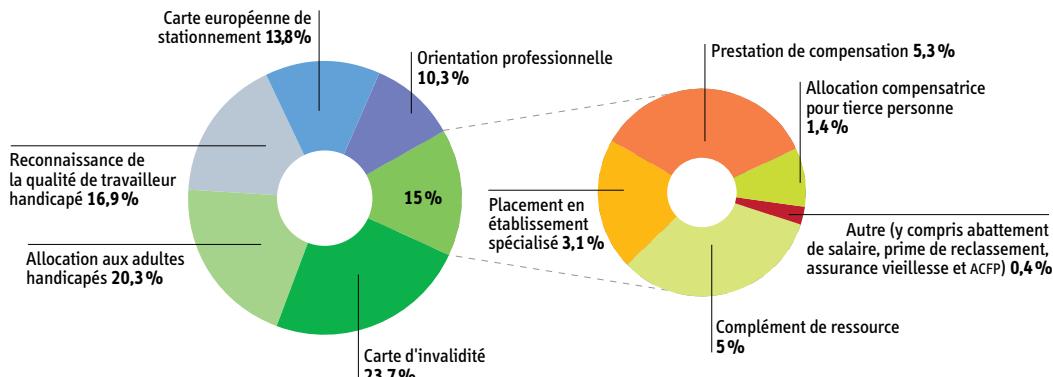
On note avec intérêt le souci **d'un grand nombre des MDPH d'organiser le flux des dossiers**, à la fois pour raccourcir les délais de traitement et pour fluidifier les séances de la CDAPH ; ainsi, une répartition des demandes par type de traitement administratif est faite dès l'arrivée du courrier (les demandes pour l'obtention des différentes cartes seront traitées de manière plus simple, donc plus rapide qu'une demande de PCH).

Dans le fonctionnement des MDPH, le chiffre le plus significatif est sans doute celui des demandes déposées, rapporté à la population de moins de 60 ans ; **ce chiffre varie de dix-sept à près de cinquante pour mille habitants**, soit de un à trois... selon les départements.

Parmi les différents types de demandes qui sont analysées, celles relatives à la PCH constituent les plus longs développements dans les rapports, non pas en raison de leur nombre, qui est très faible par rapport au total des demandes, mais de la nouveauté et de la difficulté que représentent la réalisation d'une évaluation globale des besoins et la proposition d'un plan personnalisé de compensation.

Répartition des demandes adultes déposées en 2007

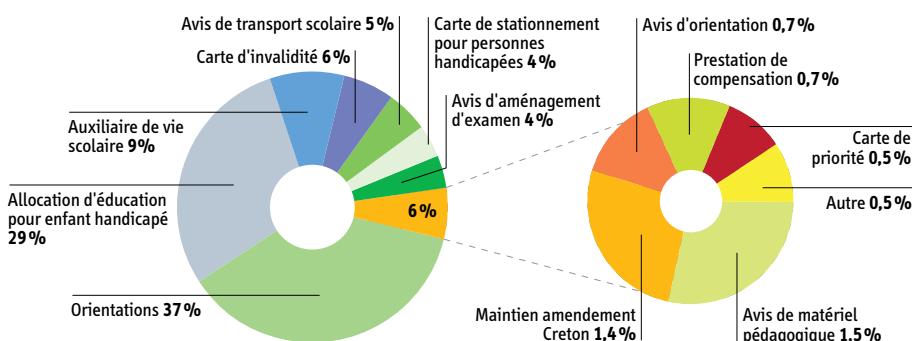
Échantillon : 97 MDPH



Sources : extraction ITAC 5-12 février 2008 et questionnaire mensuel.

Répartition des demandes enfants déposées en 2007

Échantillon : 90 MDPH



Sources : extraction OPALES 14 février 2008 et questionnaire mensuel.

✳️ La conciliation

Cette fonction semble assez bien utilisée dans les départements où elle a été mise en place.

Si, lors de la première année de fonctionnement, moins de la moitié des départements avaient pu désigner la « personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation », on peut dire qu'il en existe aujourd'hui presque partout, même si les MDPH soulignent souvent la difficulté de trouver des bénévoles compétents et volontaires pour accomplir cette mission.

Pour autant, les demandes de conciliation des personnes handicapées ou de leur famille sont encore en relativement petit nombre (40 % des MDPH disent n'avoir eu aucune demande à traiter en 2007).

✳️ La prestation de compensation du handicap

Sans que le nombre des demandes ait « explosé » lors de la création des MDPH, les décisions ont été relativement lentes à être prises, du fait de la nouveauté du dispositif.

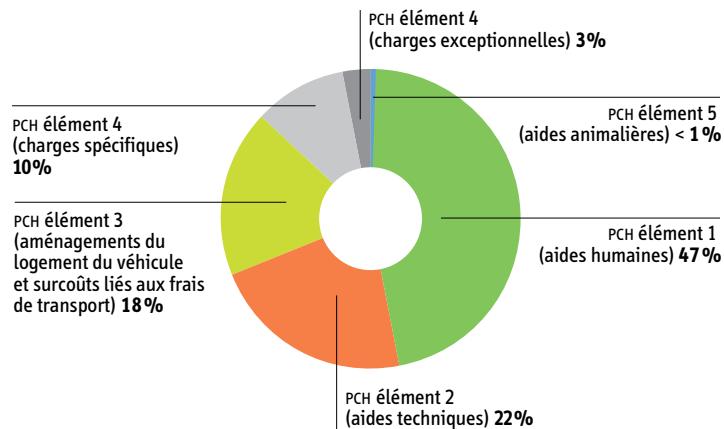
Le taux des accords s'établissait de 60 à 80 % et en moyenne nationale, il était des deux tiers.

Les maisons départementales indiquent que le temps passé à l'étude de ces demandes est sans proportion avec leur nombre. Celui-ci représente en moyenne 5 % des demandes, mais l'étude de ces demandes occupe environ le quart des moyens de la MDPH et du temps de ses professionnels.

Parmi les éléments financés par la PCH, si les aides humaines en représentent encore la moitié, les aménagements de logement, les frais de transport et les autres aides techniques représentent 40 % en volume des décisions. Ces chiffres sont d'autant plus remarquables si on les compare aux anciens financements accordés par les COTOREP, qui concernaient essentiellement les aides humaines.

Répartition 2007 des éléments de la PCH accordés en volume

Échantillon : 62 MDPH



✳️ La scolarisation

Il y a, au regard de son importance, peu de choses dans les rapports des départements sur ce thème. On a longtemps pensé que les changements de procédure pour les dossiers des enfants étaient marginaux. **Pourtant, le changement de paradigme était complet**, puisque la loi affirme le droit commun de l'école ordinaire et qu'elle « renverse la charge de la preuve ». Ainsi, il est vraiment apparu que les rôles des différents acteurs – enseignants, parents, équipe pluridisciplinaire de la MDPH, voire établissements et services médico-sociaux – devaient être profondément modifiés.

L'augmentation de l'activité sur le nombre de situations d'enfants est pointée dans de nombreux rapports. De plus, la suppression des CCPE et des CCSD a transféré des tâches directement à l'échelon départemental.

Les rapports parlent également beaucoup des missions des enseignants référents. Souvent hébergés dans les collèges (dont les départements ont par ailleurs la charge logistique) dans la grande majorité des situations, leurs moyens de fonctionnement sont assurés par la MDPH ou directement par les services du conseil général. Les départements indiquent souvent qu'une convention a été élaborée sur les conditions des « prestations de missions » des enseignants référents et sur la mise en œuvre du plan personnalisé de scolarisation. Quelques-uns traitent aussi de l'accueil des étudiants handicapés à l'université, dossier effectivement encore sensible en 2007.

Différents développements sont également fournis sur les emplois d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), sur les difficultés rencontrées à la rentrée scolaire 2007 et sur les interrogations concernant le profil, les fonctions et la pérennité de ces emplois.

✳ L'insertion professionnelle

Si le domaine de l'emploi des personnes handicapées était déjà très présent dans les COTOREP, il n'était pas apparu comme une préoccupation première lors de la création de la MDPH. L'importance des informations recueillies dans les rapports de 2007 permet ainsi **un développement détaillé sur ces thèmes de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.**

En 2007, les demandes liées à l'emploi augmentent dans les MDPH par rapport à 2006 : les augmentations relevées sont nombreuses et importantes (de + 9 % de reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé, jusqu'à + 20 %). Au plan national, si le nombre de demandes de RQTH avait nettement baissé il y a deux ans, il a augmenté de 18 % en 2007 (deux cent soixante mille personnes), sans toutefois retrouver le niveau de 2004-2005.

En 2007, la plupart des MDPH ont désigné un référent de l'insertion professionnelle. Il peut être contrôleur du travail, psychologue, assistant de service social, juriste... Dans certains cas, le référent pour l'insertion professionnelle est mis à disposition de la MDPH, par un Cap emploi ou la DDTEFP.

Plusieurs MDPH ont mis en place **un accueil individuel** dédié à l'insertion professionnelle. Plusieurs MDPH mentionnent également la présence de la « borne AGEFIPH », borne interactive dédiée à l'information des personnes handicapées sur les aides et dispositifs relatifs à l'emploi en milieu ordinaire de travail, qui permet notamment la mise en relation directe avec un conseiller Cap emploi.

L'accueil collectif spécifique s'est également développé : informations collectives hebdomadaires conduites sous la responsabilité du référent insertion professionnelle, demi-journées d'accueil collectif trimestrielles... L'organisation même des MDPH peut refléter cette forme de spécialisation ; plusieurs d'entre elles ont mis en place **des pôles et des missions dédiés à l'insertion et à l'orientation professionnelle.** Ces différentes formes d'organisation s'appuient sur le même type de partenariat que celui développé au sein des équipes pluridisciplinaires spécialisées, en soutien desquelles elles viennent souvent.

Dans sa forme et sous son appellation la plus répandue, « **l'équipe pluridisciplinaire insertion professionnelle** » rassemble :

- le référent insertion professionnelle MDPH ;
- un médecin de la MDPH ;
- un psychologue de l'AFPA ;
- un représentant de l'ANPE ;
- un représentant des Cap emploi.

Ce noyau dur peut associer la CRAM et être complété par un médecin du travail.

Au registre des variantes, citons une procédure accélérée pour le traitement en urgence des demandes de RQTH, instruites par le seul médecin de la MDPH dans un département.

Il existe également une section spécialisée de la CDAPH à dominante insertion professionnelle, mais ce cas de figure est nettement moins répandu.

Les MDPH ont été amenées, dans ce secteur comme dans d'autres, à passer des conventions fixant la participation aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation. Un très grand nombre de rapports d'activité font état des conventions passées ou à venir avec le service public de l'emploi et les Cap emploi à ce titre. Dans plusieurs MDPH, les partenariats se sont mis en place sans que ces conventions aient été signées. Ces partenariats vont souvent au-delà de la participation aux équipes pluridisciplinaires, et se traduisent par des actions innovantes, qui seront détaillées plus bas.

Après la signature de conventions, la participation au plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés constitue la forme la plus emblématique et la plus partagée de partenariat développé dans le domaine de l'insertion professionnelle.

Enfin, outre les bornes d'information déjà mentionnées, le partenariat des MDPH avec les délégations de l'AGEFIPH se développe par la contribution de cet organisme au financement de certaines aides dans le cadre de la PCH ou du fonds départemental de compensation, y compris pour les MDPH qui n'ont pas participé à l'expérimentation lancée sur ce thème.

Des actions innovantes et partenariales se mettent en place. De nombreuses MDPH font ainsi état de leur participation aux expérimentations nationales. D'autres ont développé ou poursuivi des projets locaux innovants, tels que la plate-forme de suivi des parcours des travailleurs handicapés, action partenariale sur le suivi des travailleurs handicapés à leur sortie de CRP ou en CIE...

Un grand nombre d'actions partenariales sont également développées dans le domaine de l'information, de la formation, et de l'observation : participation à la Semaine pour l'emploi des personnes handicapées, présentation de l'AGEFIPH et du FIPHFP en CDAPH plénière, stage du référent insertion professionnelle auprès des partenaires du service public de l'emploi...

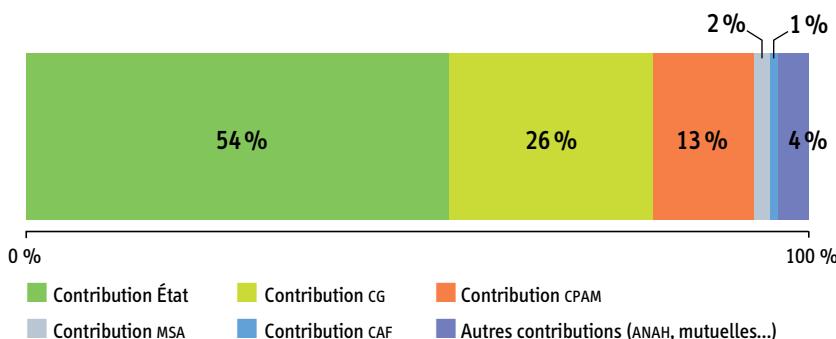
Pour beaucoup, l'amélioration de la collaboration dans le champ de l'insertion professionnelle reste une priorité et dans les projets de 2008, de nouvelles thématiques émergent :

- l'accompagnement dans un parcours d'insertion ;
- l'insertion professionnelle des jeunes travailleurs handicapés et le parcours de formation des élèves handicapés ;
- le développement de l'observation en matière d'emploi et d'insertion professionnelle.

Le fonds départemental de compensation

Le fonds départemental de compensation est évoqué dans presque tous les rapports transmis. Des tableaux de synthèse présentent les types de demandes, les catégories de personnes handicapées, la nature des prestations financées. L'alimentation du fonds par l'État, avec les crédits des ex-sites pour la vie autonome créés avant la loi de 2005, apparaît essentielle. Ces crédits de l'État restent les premiers, et souvent les plus importants, dans l'immense majorité des fonds départementaux. Pour les départements pour lesquels on dispose des chiffres, ce taux est en moyenne de 64 % du total du fonds. Outre le département toujours présent, les autres financeurs sont très différenciés, sans que l'on puisse établir une réelle cartographie aujourd'hui.

Répartition des participations des contributeurs au fonds de compensation Échantillon : 26 MDPH



Source : rapports d'activité 2007 des MDPH.

Le contentieux

Les chiffres recueillis ne sont guère significatifs, puisqu'on ne connaît pas les statistiques de l'ancien dispositif. Parmi les recours, 60% sont des recours contentieux, mais cette moyenne doit être prise avec prudence, compte tenu du faible échantillon (trente-huit départements). Il sera aussi utile d'observer l'éventuelle corrélation entre **le niveau du contentieux et l'activité des conciliateurs**.

L'organisation d'une fonction d'explication des décisions aux personnes contribue à faire diminuer le nombre de recours contentieux, souvent liés à une incompréhension de la décision ou au sentiment de ne pas avoir été suffisamment écouté au cours de la procédure par la maison départementale.

Toutefois, ce secteur dans les MDPH reste encore à structurer.

Le suivi des situations

Il y a relativement peu de choses sur ce thème, qui n'est sans doute pas encore considéré comme une priorité, et peut-être pas comme l'une des fonctions obligatoires de la MDPH.

Quand un chapitre est consacré à cette préoccupation de la maison départementale et de sa CDAPH, il est fait état de **la création d'un outil de suivi de l'effectivité des décisions**.

Il est à cet égard proposé de poursuivre les échanges entre MDPH sur les mécanismes à inventer sur ce thème, le suivi de la situation de la personne handicapée dans le temps étant un des enjeux de la réussite du nouveau dispositif.

La qualité du service

Décidé par le Conseil de la CNSA, **un dispositif permanent de mesure de la satisfaction des usagers** a été proposé fin 2006 aux MDPH.

Mis en place dans les premiers départements à partir de février 2007, il s'est étendu progressivement à plus de cinquante aujourd'hui. Cette montée en puissance du dispositif, peut-être parce que lente, ne se traduit pas par de grands développements dans les rapports de 2007. C'est à partir de l'évolution trimestrielle ou annuelle des résultats que la MDPH pourra vérifier l'impact de son action sur la satisfaction des bénéficiaires...

Conclusion

S'il est délicat de conclure sur un nouveau domaine d'action publique après simplement deux ans d'existence, on peut toutefois, sans émettre de jugement hâtif, donner certaines tendances et faire part de certaines interrogations pour le proche avenir.

Parmi les sept « *points de préoccupation et de vigilance* » qui étaient évoqués l'année dernière, on peut considérer qu'au cours de 2007, cinq ont connu de vrais progrès ou qu'ils ressortent au moins d'un net « commencement de preuve », mais doivent encore faire face à certains défis .

- **La constitution d'une équipe pluridisciplinaire structurée :** si les conventions passées pour des expertises extérieures constituent une richesse dans le partenariat, leur très grand nombre pourrait aussi être significatif d'un éclatement excessif du travail en équipe. D'où l'importance de structurer véritablement l'action par un minimum de travail en commun et dans la durée.
- **Le fonctionnement de la CDAPH** n'a sans doute pas encore trouvé sa vitesse de croisière, mais il a donné lieu dans la majorité des départements à une véritable réflexion entre les responsables de la MDPH et les membres de la commission. Bien que les MDPH se soient organisées pour fluidifier le fonctionnement de leurs commissions, il sera sans doute nécessaire de proposer une modification des textes de façon à ce que les décisions, toujours prises collectivement, ne soient pas trop lourdes à gérer.
- **Les liaisons avec les politiques nationales de droit commun** se sont très nettement développées, notamment dans les domaines de l'emploi et de l'école. Les questions de santé sont traitées le plus souvent sous l'angle des orientations vers les établissements médico-sociaux, certaines MDPH ayant élaboré un suivi des places disponibles sur leur département. La santé mentale est, quant à elle, presque entièrement absente, ce que l'on regrettera car s'il est une politique comparable, en doctrine, avec le dispositif des MDPH, travaillant en réseau, c'est bien celle de la psychiatrie de secteur. Le logement a donné lieu à d'intéressantes innovations. Dans les domaines de la culture, des sports et des loisirs, les initiatives n'apparaissent pas prioritaires.

► **Le maintien des ACTP :** on notera, logiquement, un réel infléchissement des demandes (elles ont diminué de moitié entre 2006 et 2007), puisque seuls les renouvellements sont possibles depuis 2006. Remarquons toutefois qu'au plan national, la dépense d'ACTP des départements diminue peu. Certains se posent la question de la pérennité de cette ancienne allocation, trois ans après la création de la PCH.

► **L'installation d'un système d'information fiable :** malgré les difficultés liées à la maintenance des deux systèmes anciens et la charge de travail pour les équipes locales, la moitié des départements ont aujourd'hui assuré le transfert sur leur nouveau système.

Les deux autres points doivent concentrer l'attention.

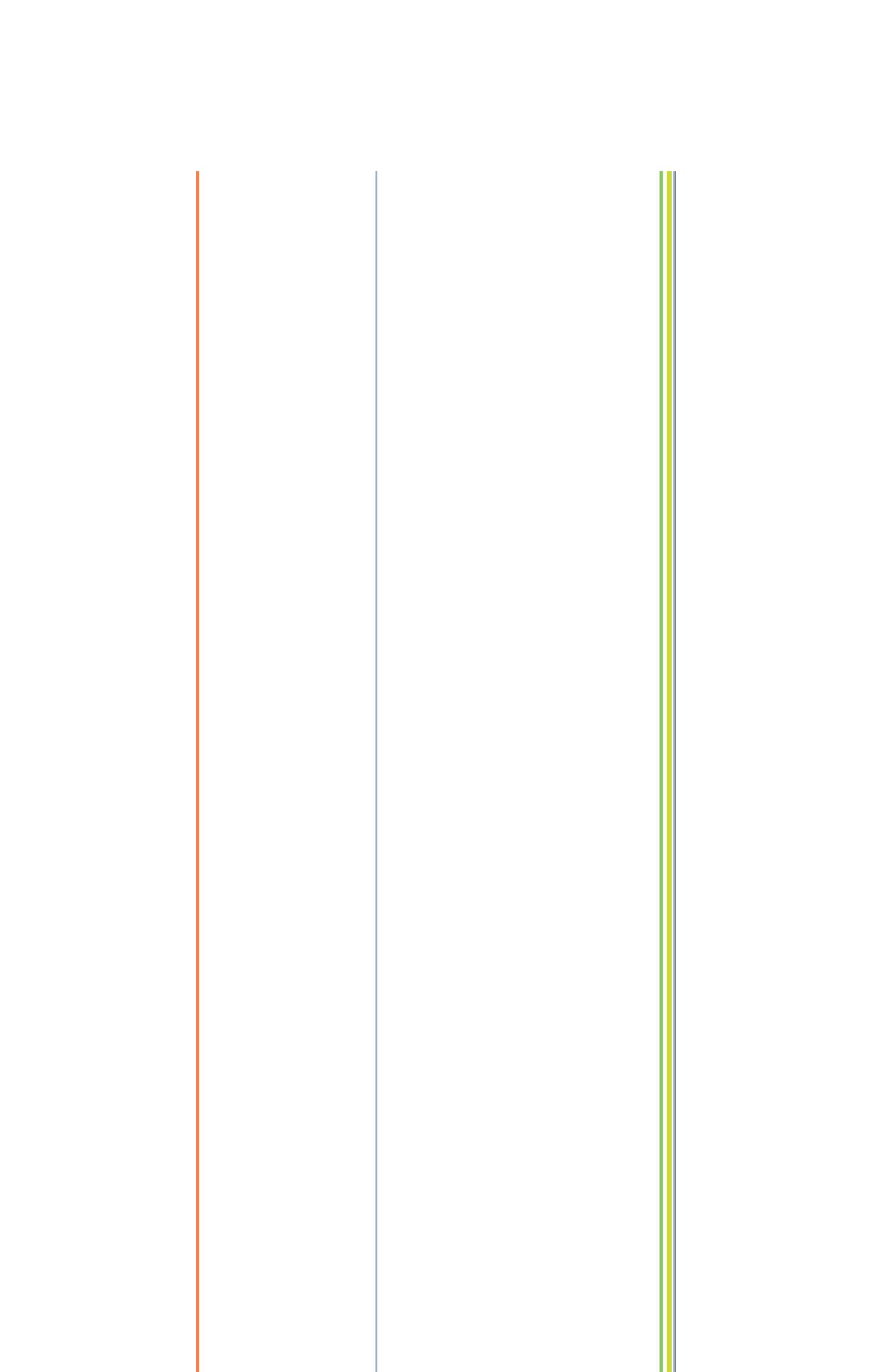
► **S'agissant du plan personnalisé de compensation,** on voit qu'il n'est élaboré que dans les cas de demande explicite d'une PCH. L'étude menée par l'ODAS en 2007 sur les premiers PPC concluait d'ailleurs sur cette observation. Il conviendra sans doute de réfléchir dans quelles situations on pourrait ne pas en élaborer, sans que cela soit considéré comme un recul des pratiques qui ne mettraient plus la personne handicapée au cœur d'un dispositif.

► **Le suivi des situations et l'accompagnement des personnes dans le temps** devront donner lieu à une plus large réflexion collective, de façon à ce que ces missions puissent être mieux structurées. Dans les progrès attendus de la nouvelle institution, elles apparaissent indispensables, là où les anciennes commissions (surtout la COTOREP) n'avaient guère réussi. **Sans aller jusqu'à un véritable accompagnement de toutes les personnes, il est nécessaire que la MDPH puisse savoir quelle suite est donnée aux décisions prises.**

Si cela n'a pas été traité dans cette note de synthèse, un grand nombre de rapports fournissent **des données financières**. On voit ainsi que les MDPH, sans être directement attributaires des financements extérieurs, se préoccupent des coûts de leurs décisions. **Concernant les budgets des GIP-MDPH**, une étude a été réalisée par la CNSA avec une vingtaine de départements. Elle montre que si la participation de l'État reste encore importante, et cela malgré les difficultés liées à la mise à disposition des personnels, l'investissement des conseils généraux – et de la CNSA – a permis un développement relativement rapide de la nouvelle institution, au triple plan des emplois, des locaux et de la logistique, particulièrement en matière d'informatique.

Alors que les conventions d'appui à la qualité de service signées entre les présidents de conseil général et la CNSA arrivent à échéance fin 2008 (elles seront tacitement prorogées de six mois), il est nécessaire d'examiner les conditions de présentation des futurs rapports, de façon à assurer leur exhaustivité et une meilleure comparaison, la transparence des informations étant l'un des vecteurs de l'égalité de traitement sur le territoire dont la Caisse nationale est chargée par la loi de s'assurer.

Enfin, on peut témoigner, tant à la lecture de ces rapports que dans les relations régulières que la CNSA a développées avec elles, que les maisons départementales des personnes handicapées ont su mettre en œuvre une réforme qui demandait d'abord **un vrai changement de culture**. Le souci de la qualité du service rendu, notamment en termes d'accueil, et la volonté de nouer des partenariats avec les autres acteurs de la politique du handicap dans leur département font des MDPH le début heureux d'**un modèle nouveau de service public**.



* Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2008

Au 30 septembre 2008

1. Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
1a) Amélioration de la connaissance sur les personnes en situation de perte ou de manque d'autonomie (part dans la population générale, relation avec des facteurs de risques de santé, sociaux, environnementaux...)	PH PA/PH PA/PH
	PH
1b) Mesure des besoins de recours aux services et d'adaptation des services.	PH PH PH
	PH
1c) Appui à la mise en place d'une fonction d'observation locale.	PH PH
1d) Connaissance des attentes des personnes en matière de prise en charge de la perte d'autonomie (participation et citoyenneté).	PH PA/PH
1e) Mobilisation des données, amélioration du recueil des données ; développement de méthodologies de la bonne utilisation ; déploiement de la technologie de diffusion des données.	PH PA/PH

2. Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
2a) Outils et démarches d'évaluation.	PH PA/PH
	PH
	PA/PH
	PA/PH
	PA/PH
2b) Soutien à l'organisation et à la mise en œuvre de l'évaluation.	PA PH
2c) Expression et prise en compte du projet de vie de la personne et de son articulation avec l'évaluation de sa situation.	PH PH

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Déficience intellectuelle légère de l'enfant : prévalence, étiologie et prise en charge.	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) de l'Isère et des deux Savoie.	90
AAP territoire et santé.	IRESP.	En cours de définition
Étude sur le vieillissement des PH dans le Maine et Loire.	MDPH 49.	30
Enquête sur les trajectoires des lycéens et étudiants handicapés au niveau international, dans le cadre de l'OCDE.	INS-HEA.	50
Grandir ensemble : étude nationale destinée à analyser les enjeux et les conditions d'un meilleur accès des enfants en situation de handicap aux structures d'accueil ou de loisirs.	Fédération Loisirs Pluriel.	25
Connaissance des besoins des enfants et des jeunes adultes accueillis en ITEP en Basse Normandie.	CREAI de Basse Normandie.	33,2
Handicap psychique, autonomie, vie sociale.	DREES.	600 maximum
Précarité, émergence de situations de handicap durant l'enfance et choix de la filière de prise en charge.	CRESGE Nord Pas de Calais.	En cours de définition
Observatoire du handicap.	MDPH 47.	En cours de définition
<hr/>		
Système d'information partagé MDPH.	Prestataires sur appels d'offres.	264
Guide d'utilisation des statistiques dans les domaines du handicap et de la dépendance.	Appel d'offres FNORS.	95
<hr/>		
Titre projet	Porteur	Budget (k€)
E-espoirs-Handi (travail sur la GEVA comptabilité).	CHU Clermont Ferrand.	60
Optimisation de la compensation par articulation sanitaire / médico-social en matière d'incontinence (travail sur la GEVA compatibilité).	Réseau de santé PERINICE (réseau régional NPDC).	204,8
GEVA compatibilité.	Association Information Recherche (AIR).	223,3
Expérimentation du SMAF dans le département de la Dordogne.	CG Dordogne.	500
Évaluation des besoins de compensation : une étude des perceptions.	ASDO études.	102,8
Les pratiques et la fonction d'évaluation : une étude des organisations et des représentations.	Deloitte.	1 071,4
GEMAPA ⁽¹⁾ .	CG Creuse.	10
Logiciel GEVA bêta 1.	CEDIAS.	15
Relais accueil locaux MDPH 49.	MDPH 49.	4
Aide à la formulation du projet de vie.	GEIST 21.	82
Mise au point d'outils d'aide à la formulation et à la mise en œuvre du projet de vie des porteurs de trisomie 21.	Trisomie 21.	120

3. Aides techniques

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
	PA
	PH
	PA
	PA
3a) Appui au développement de solutions techniques et technologiques particulières (étude de besoins, acceptabilité par les personnes, service rendu...) et de solutions facilitant ce développement.	PA
	PA/PH
3b) Évaluation des besoins en matière d'aide technique et appui à la préconisation et à l'acquisition (référentiels, centres ressources...).	PH
	PH
3c) Connaissance prospective du secteur : marché, évolutions technologiques, besoins des usagers.	PH

4. Aide aux aidants informels

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
4a) Connaissance de la place des aidants familiaux dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (articulation avec les aidants professionnels, évolution quantitative...).	PA/PH
	PA/PH
4b) Soutien à l'élaboration et au développement des dispositifs d'aide aux aidants.	
4c) Mise en place d'actions de formation pour les aidants familiaux : soutien en phase de démarrage.	

5. Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
	PH
	PA
5a) Développement, accompagnement, évaluation de nouveaux modes d'organisation.	PA/PH
	PH
	PH
5b) Évaluation de lieux de vie innovants ou de structures d'accompagnement innovantes.	PH
	PA

6. Adaptation et amélioration des espaces de vie

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
6a) Prise en compte de la perte d'autonomie dans le secteur de l'habitat ordinaire.	PA/PH
6b) Organisation de l'espace dans la prise en charge en établissement médico-social.	PA/PH
6c) Approfondissement des articulations entre les programmations médico-sociales et celles du secteur du logement.	

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Projet PRÉDICA ⁽¹⁾ .	Institut Charles Delaunay.	89,4
Déploiement du dispositif Web-sourd.	MDPH 45.	En cours de définition
T-Seniority.	FNAQPA.	En cours de définition
Exploration des géronto-technologies au service du grand âge.	INSERM.	27
Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la prévention et la gestion des conditions chroniques chez les personnes âgées.	ANR (programme AAL).	1 000 maximum
AAP TECSAN 2008.	ANR.	1 000
Création d'un service formation et information des personnels MDPH au sein d'un centre de ressources mobilité et handicap (CEREMH ⁽¹⁾).	CEREMH AFM (pôle compétitivité MOV'Eo).	82
Étude action et expérimentation d'un dispositif de location d'aides techniques avant attribution de la PCH.	CEP CICAT 67.	57
Étude comparative européenne.	Observatoire du marché et des prix des aides techniques.	133

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Enquête aidants informels.	DREES.	100
Enquête sur les besoins et attentes des aidants de personnes âgées dépendantes.	GRATH / CREAI Bretagne.	75

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Méthodes pour l'élaboration d'un réseau SAMSAH-SAVS-SSIAD en Seine et Marne.	Centre La Gabrielle.	32,5
Téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?	ARMINES.	35,6
Accueil temporaire : changement et adaptation des pratiques professionnelles.	CREAI Nord Pas de Calais.	11,52
Soutien aux travaux de la Mission nationale d'appui en santé mentale.	MNASM.	En cours de définition
Expérimentation de l'accueil temporaire à domicile (intégrant la création d'une unité de ressources à la MDPH).	CG 03.	300
Centre de ressources et d'animation.	ARAMIS.	100
MAIA.		7 200 sur 3 ans

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Un établissement médico-social pour tous : programmer et concevoir des centres médico-sociaux.	ARVHA.	25
Organisation d'un prix de l'architecture des établissements pour PA et PH.	FHF.	24

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

7. Mesure de l'efficience

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
7a) Modes de tarification, structures de coût et connaissance des déterminants des coûts globaux.	PH
7b) Évaluation des politiques conduites par la CNSA et dans son champ d'action.	PH
	PA
7c) Évaluation des méthodes d'accompagnement.	PA
	PA

8. Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
8a) Coordination et complémentarité des dispositifs d'accueil et d'évaluation (MDPH, CLIC, équipes médico-sociales).	
8b) Évaluation et soutien à des actions innovantes qui dépassent des barrières d'âge.	
8c) Accompagnement de la réflexion autour du nouveau champ de protection sociale.	

9. Actions de prévention

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
9a) Prévention de la perte d'autonomie.	PA
9b) Accès aux soins primaires des personnes handicapées, tant à domicile qu'en établissement.	PH
9c) Prévention de la maltraitance.	PA/PH

10. Pédagogie et diffusion de la connaissance

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
	PH
	PA/PH
	PA/PH
10a) Colloques.	PA
	PA
	PA
	PA
10b) Appui aux travaux de la commission spécialisée du Conseil scientifique sur l'animation et les colloques scientifiques.	
10c) Actions de sensibilisation.	

Autres

Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
	PA/PH
	PA
	PH
	PA/PH
	PH
	PA

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Étude expérimentale : coût de la prise en charge des PH mentales.	FEGAPEI.	200
Actions innovantes en faveur des personnes en situation de handicap.	CG 71.	10
Essai clinique pour l'évaluation de trois thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer ⁽¹⁾ .	CHU Bordeaux.	469
Traitements non pharmacologiques de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées – application aux troubles du comportement en EHPAD ⁽¹⁾ .	CHU Nice.	6

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Cf. axe 5b appel à projets MAIA.		

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Plan « bien vieillir ».	CNSA / DGAS.	2 500
Audition publique « accès aux soins des personnes en situation de handicap ».	HAS.	20
AAP qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles.	DREES.	En cours de définition

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Colloque.	CG 71.	35
Congrès annuel CIAS.	CIAS.	39
Organisation des premiers ateliers nationaux de la solidarité.	Réseau IDEAL (et CG 69).	15
Entretiens de la Fondation de Garches.	Fondation de Garches.	20
Symposium / congrès mondial de gérontologie et de gériatrie.	IAGG.	En cours de définition
Colloque international « l'âge et le pouvoir en question – vieillir et décider dans la cité ».	REIACTIS.	15
Économie des soins de long terme.	DREES.	100

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Convention-cadre	DREES.	
QUORIAL : projet de site internet collaboratif pour l'animation en gérontologie.	La Tuatha.	35
Création de formations de professionnels de l'accompagnement des personnes IMC/PC.	I=MC ² .	210
Enquête intervenants à domicile.	DREES.	100
Prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées.	DOM' HESTIA.	30
FLARE-CNAV ⁽¹⁾ .	3 post-doc.	455

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

REPÈRES

LES FINANCEURS DES AIDES À L'AUTONOMIE

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

- **L'État** finance les ressources d'existence des personnes handicapées (allocations aux adultes handicapés, pensions militaires d'invalidité), les dispositifs d'incitation à l'activité professionnelle pour les personnes handicapées (établissements et services d'aide par le travail, entreprises adaptées), les dispositifs d'aide à l'intégration scolaire. Il intervient en outre par des aides fiscales en faveur des personnes âgées ou handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile...).
- **Les régimes de sécurité sociale** : l'assurance maladie finance les établissements et services médico-sociaux, dont les crédits sont gérés par la CNSA, ainsi que les pensions d'invalidité ; la CNAF finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale. Les régimes de retraite disposent d'un budget d'action sociale pour financer des dépenses extra-légales (frais de transport, aide ménagère, aide à l'investissement...).
- **Les départements**, responsables de la planification de l'offre de structures à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, financent les prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH) et le fonctionnement de certains établissements ; l'aide sociale finance les coûts d'hébergement en établissement ou l'aide ménagère.
- **La CNSA**, garante de l'égalité de traitement sur le territoire national, répartit les crédits de l'assurance maladie dédiés aux établissements médico-sociaux que son budget vient d'ailleurs abonder grâce notamment aux recettes de la contribution solidarité pour l'autonomie, et contribue au financement des prestations individuelles, à travers un concours aux conseils généraux, et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées.
- **L'AGEFIPH** finance les aménagements de postes de travail pour les travailleurs handicapés dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi (Cap emploi, formations...). Le **Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées** fait de même pour les trois fonctions publiques.

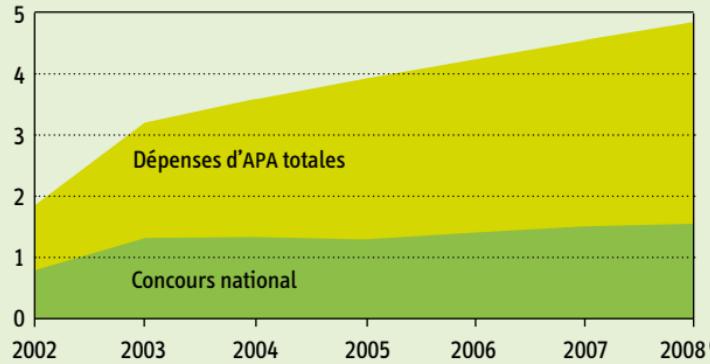
REPÈRES

LES DÉPENSES LIÉES AUX PRESTATIONS INDIVIDUELLES

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

DES DÉPENSES D'APA DYNAMIQUES

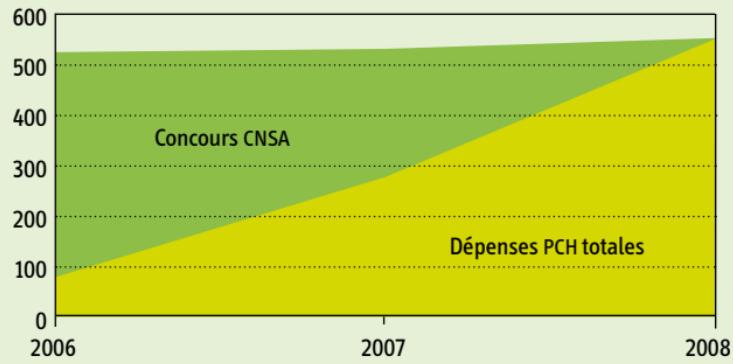
Évolution des dépenses d'APA et du concours national depuis 2002 (en milliards d'euros)



Source : CNSA.

LA PCH, UNE MONTÉE EN PUISSANCE AVÉRÉE

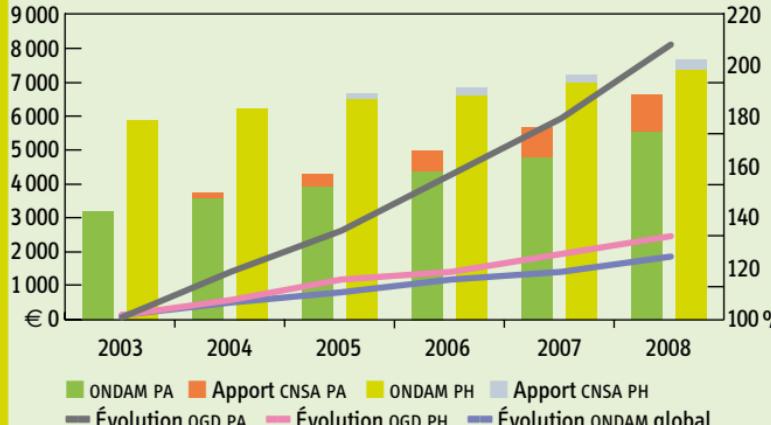
Évolution des dépenses de PCH et du concours national depuis 2006 (en millions d'euros)



Source : CNSA.

LES CRÉDITS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS

MÉDICO-SOCIAUX EN FORTE HAUSSE (en millions d'euros)
ET LEUR ÉVOLUTION (en %)



(1) Prévisions

Source : CNSA.

REPÈRES

DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

DES RÉPONSES À TOUS LES ÂGES DE LA VIE
(indiquant le nombre de places installées et leur répartition tout au long de la vie)

Domaines de la vie		Accompagnement médico-social
Accueil petite enfance	0-19 ans	CAMSP – CMPP – SESSAD – IME – ITEP – IMPRO – IEM – Instituts déficients sensoriels <ul style="list-style-type: none">• 107 000 enfants et adolescents pris en charge en établissements.• 97 000 enfants accompagnés par des services ou en soins ambulatoires.
Emploi Logement & vie sociale	20-59 ans	ESAT – CRP – CPO <ul style="list-style-type: none">• 115 000 travailleurs en ESAT.• 10 800 en CRP – CPO. SAMSAH – SSIAD – foyers d'hébergement – foyers de vie FAM – MAS <ul style="list-style-type: none">• 41 000 adultes en foyers de vie.• 39 200 en foyers d'hébergement.• 17 850 en MAS.• 12 600 en FAM.• 30 000 adultes handicapés accompagnés à domicile.
Aide à domicile Hébergement & soins	60 ans et plus 75 ans et plus	SAAD – foyers-logements SSIAD (personnes âgées) – accueil de jour – EHPAD <ul style="list-style-type: none">• 750 000 personnes âgées en perte d'autonomie dont :– 435 000 accompagnées en EHPAD ;– 82 000 par un SSIAD ;– 11 000 places installées en accueil de jour, hébergement temporaire.

Sources : DREES-FINESS-STATIIS 2007

LEXIQUE

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

MAS : maison d'accueil spécialisé.

FAM : foyer d'accueil médicalisé.

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SESSAD : services d'accompagnement et de soins à domicile.

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique.

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

IME : institut médico-éducatif.

SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile.

ESAT : établissements et services d'aide par le travail.

CRP : centre de rééducation professionnelle.

CPO : centre de pré-orientation.

REPÈRES

DES PLANS PLURIANNUELS DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE STRUCTURES

PERSONNES ÂGÉES :

LE PLAN DE SOLIDARITÉ GRAND ÂGE (2006-2010)

Un objectif : donner aux personnes âgées le libre choix de rester chez elles.

Chiffres clés

- + 6 000 places de SSIAD par an.
- + 7 500 places en EHPAD par an.
- Des solutions de répit pour les familles : + 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire par an.
- Renforcement de la médicalisation des établissements accueillant les personnes présentant la plus lourde charge en soins.

PERSONNES HANDICAPÉES :

LE PROGRAMME PLURIANNUEL 2008-2012

Un objectif : 50 000 places supplémentaires pour accompagner les personnes handicapées tout au long de la vie.

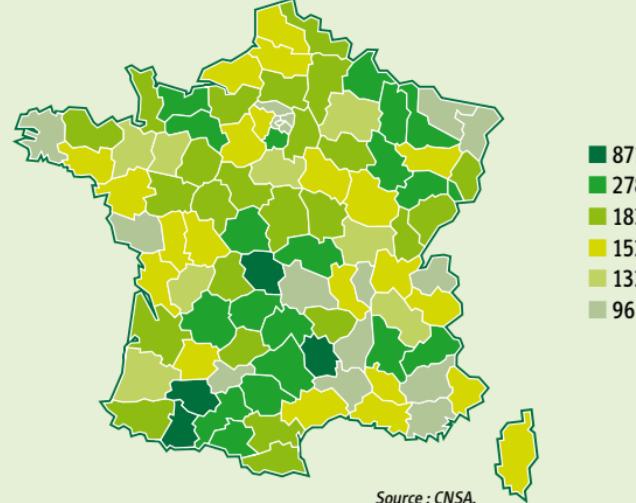
Chiffres clés

- + 7 250 places en SESSAD.
- + 4 750 places en établissements pour enfants.
- + 13 000 places en établissements pour adultes.
- + 1 000 places d'accueil temporaire.
- + 12 900 places dans les services d'accompagnement pour adultes.
- Environ 75 nouveaux CAMSP.
- Médicalisation de 2 500 places de foyers de vie.
- 10 000 places en ESAT.

DES ÉCARTS TERRITORIAUX À RÉDUIRE

La répartition et les coûts des établissements et services médico-sociaux sont inégaux sur le territoire national. La réduction de ces écarts est un objectif posé par la loi, que la CNSA doit contribuer à atteindre.

Illustration dans le champ des personnes handicapées avec la cartographie de la dépense d'assurance maladie médico-sociale en €/habitant de moins de 60 ans en 2007



REPÈRES

MEMBRES ET FINANCEURS DES MDPH, GROUPEMENTS D'INTÉRÊT PUBLIC

- Les membres de droit sont...
 - le conseil général ;
 - 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.

- Les trois principaux contributeurs financiers des MDPH sont...
 - le conseil général : 32 % ;
 - l'État : 45 % en moyenne (essentiellement mise à disposition de personnels) ; ce montant varie toutefois en fonction des départements de 12 à 67 % ;
 - la CNSA : 23 % en moyenne.

200-230 M€

C'est l'estimation du total des dépenses de fonctionnement globalisées des MDPH en 2007.

Source : CNSA.

DES ÉQUIPES D'ORIGINES DIVERSES

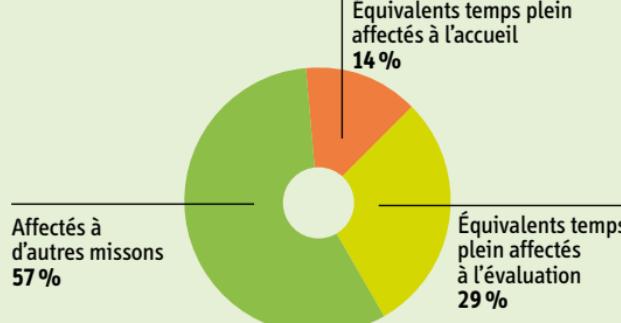
Les deux tiers des MDPH fonctionnent avec au moins 50 % de mises à disposition de personnels de l'État ou du conseil général. Les personnels venant de l'État représentent selon le département un peu moins de 20 % à près de 80 % des effectifs.

Source : CNSA, synthèse des rapports des présidents de conseil général 2007.

... AU SERVICE DE TROIS MISSIONS PRINCIPALES

Affectation des effectifs de la MDPH par mission

Échantillon : 62 MDPH



Source : CNSA, synthèse des rapports des présidents de conseil général 2007.

REPÈRES

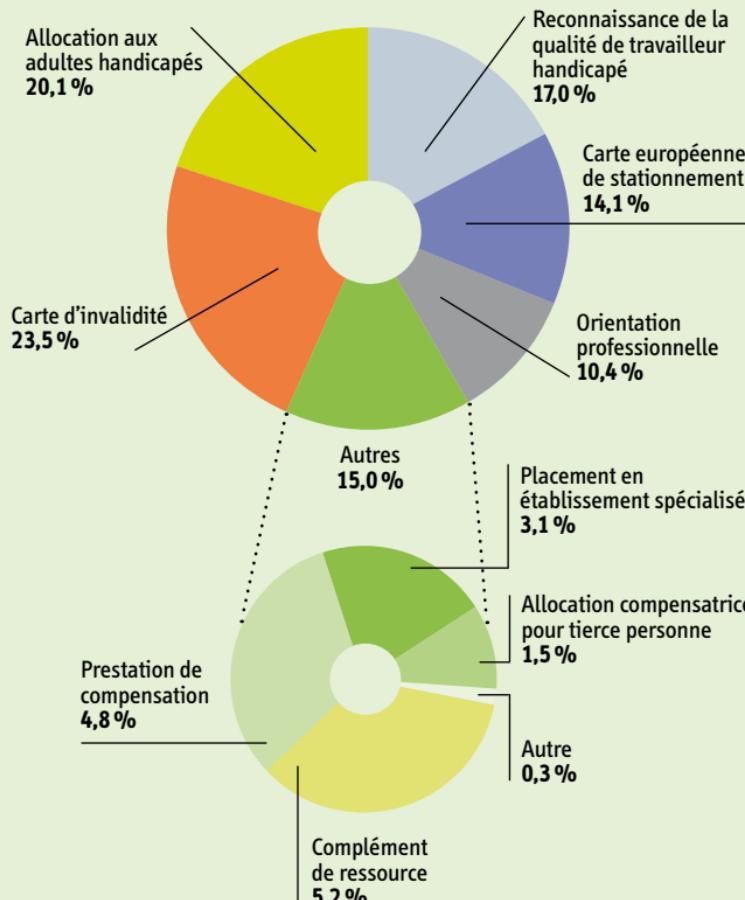
L'ACTIVITÉ DES MDPH : L'INSTRUCTION ET L'ATTRIBUTION DE NOMBREUSES PRESTATIONS ET DÉCISIONS D'ORIENTATION

Les demandes déposées auprès des maisons départementales sont variées. Leur flux est important, mais hétérogène d'un département à l'autre : il se situe entre 17 et 50 demandes pour 1 000 habitants (synthèse des rapports d'activité 2007 des MDPH – échantillon : 72 MDPH).

RÉPARTITION DES DEMANDES ADULTES DÉPOSÉES EN 2007 – ESTIMATION FRANCE ENTIERE

Prestation/orientation	Total des demandes déposées en 2007*
Carte d'invalidité	407 200
Allocation aux adultes handicapés	348 400
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	293 900
Orientation professionnelle	179 500
Carte européenne de stationnement	244 200
Placement en établissement spécialisé	54 000
Complément de ressource	90 000
Prestation de compensation	83 900

Sources : estimation CNSA*, à partir d'ITAC et de questionnaires mensuels.



Source : rapports d'activité 2007 des MDPH.

REPÈRES

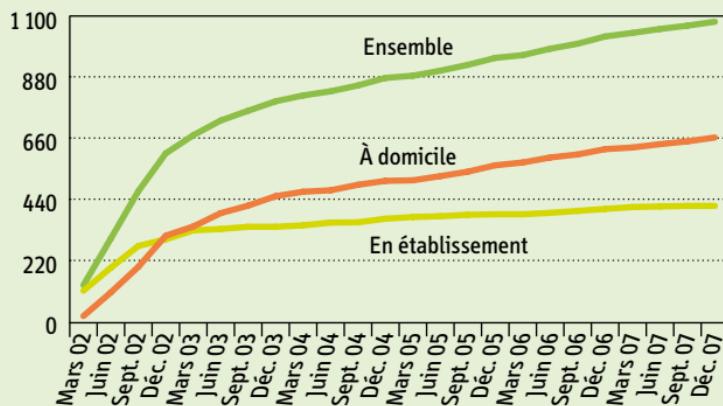
L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

1 078 000 bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2007.

Source : DREES, Études et résultats, mai 2008.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (en milliers)

Champ : métropole et DOM, extrapolation à partir des départements répondants.



Sources : DREES, enquête trimestrielle sur l'APA auprès des conseils généraux.

L'APA : DES PLAFONDS FONCTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

L'APA est servie à domicile et en établissement.

L'APA à domicile est attribuée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Le montant de l'allocation est fixé en fonction :

- du plan d'aide déterminé selon les besoins de la personne dans la limite d'un tarif lui-même fonction du degré de perte d'autonomie ;
- du niveau de participation de la personne elle-même, qui varie selon ses ressources.

Les personnes sont ainsi réparties entre quatre groupes (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie).

Les plafonds financiers mensuels au 1^{er} janvier 2008 pour ces quatre groupes sont :

- GIR 1 : 1 208,94 €
- GIR 2 : 1 036,19 €
- GIR 3 : 777,32 €
- GIR 4 : 518,55 €

Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR au 31 décembre 2007 :

- GIR 1 : 20 000
- GIR 2 : 119 000
- GIR 3 : 146 000
- GIR 4 : 377 000

Source : DREES, Études et résultats, mai 2008.

REPÈRES

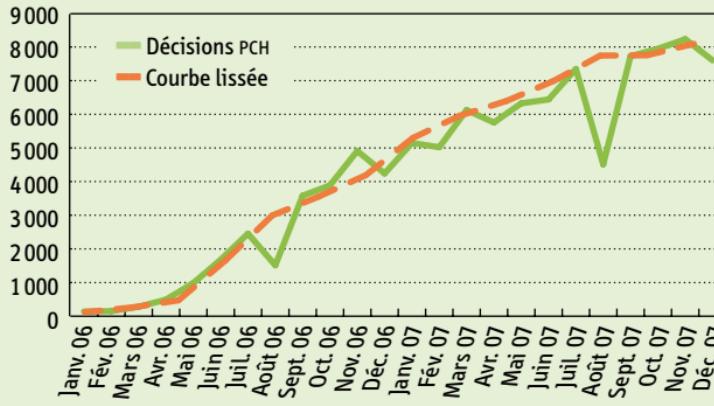
LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Plus de **37 000** personnes ont bénéficié d'un versement au titre de la PCH en 2007.

Source : CNSA

Évolution mensuelle lissée des décisions PCH 2006-2007

Estimation France entière



Source : CNSA - questionnaires mensuels.

Environ 2/3 des décisions sont des accords.

LA PCH : DES PLAFONDS SELON LES ÉLÉMENTS DE LA PRESTATION

La PCH peut être affectée à des charges de nature différente, 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.

PLAFONDS PAR ÉLÉMENTS, FIXÉS AU NIVEAU NATIONAL

1	Aide humaine.	Tarif horaire qui varie selon le mode de recours à l'aide : • 11,57 €/h pour l'emploi direct ; • 12,73 €/h pour un service mandataire ; • 17,19 €/h pour un service prestataire.
2	Aides techniques.	3 960 € pour 3 ans (sauf cas de déplafonnement).
3	Aménagement du logement. Aménagement du véhicule.	10 000 € pour 10 ans. 5 000 € pour 5 ans.
4	Charges spécifiques ou exceptionnelles.	• 100 € par mois. • 1 800 € pour 3 ans.
5	Aide animalière.	3 000 € pour 5 ans.

Source : DGAS – 1^{er} juillet 2008.