



RAPPORT 2009

Autonomie, santé et territoires :
accompagner les personnes



La CNSA remercie tout particulièrement celles et ceux qui ont accepté de rendre compte, en photos, de leur vie quotidienne à domicile ou en établissement. Les résidents, usagers, personnels et responsables : du centre de la Gabrielle – Mutualité publique : C. Gaure ; de l'association d'aide à domicile du canton de Puiseaux – réseau UNA (Loiret) ; de l'association Asaïs (Bordeaux) ; du Centre de ressource expérimental pour enfants et adultes sourds-aveugles et sourds-malvoyants ; de l'école Seignobos (Valence) ; de l'établissement Casa Delta 7 (Villejuif) ; de l'établissement public médico-social du Provinois (Provins) ; de Kuzh Héol, établissement pour personnes âgées dépendantes (Bourg Blanc) ; de La Pépinière, institut médico-éducatif (Loos) ; de La Providence, institut médico-éducatif (Saint Laurent en Royans) ; de Notre-Dame de Confiance, établissement pour personnes âgées dépendantes (Tournon Saint-Martin) ; de la maison départementale des personnes handicapées du Maine-et-Loire (Blois) ; du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'Association de réadaptation et réinsertion pour l'autonomie des déficients visuels de Marseille ; du service d'accompagnement à la vie sociale – service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'APF (Blois).

La CNSA remercie également le président, les vice-présidents et les membres du Conseil de la CNSA d'avoir permis que le Conseil soit présent « en images » dans cette nouvelle édition du rapport.

Merci enfin aux participants et intervenants des 1^{res} rencontres scientifiques sur l'autonomie de la CNSA.

Coordination : Émilie Delpit, Florence Condroyer, Annie Sidier

Conception graphique : meanings

Photos : Sébastien Calvet, Olivier Jobard (Sipa Press), Michel Monsay et Caroline Poiron pour la CNSA

Impression : STIPA

★ AUTONOMIE, SANTÉ ET TERRITOIRES : ACCOMPAGNER LES PERSONNES

Le bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009, qui a été établi avec l'État et approuvé par le Conseil du 17 novembre, a été l'occasion de comparer les réalisations des premières années d'existence de la CNSA avec les ambitions affichées lors de sa création. Comme le montre ce rapport d'activité, de nombreux chantiers ont encore été ouverts, ou approfondis par la CNSA au cours de l'année 2009. Les événements extérieurs ont aussi particulièrement pesé sur son action au cours de cette année :

- d'abord les conséquences de la crise économique : elles ont significativement impacté les ressources propres de la CNSA et, partant, les concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap ; elles ont conduit aussi la CNSA à renforcer, à la demande du Gouvernement, les moyens consacrés à l'aide à l'investissement dans le cadre du plan de relance ;
- les réformes de l'État, ensuite, tout particulièrement la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et la création des agences régionales de santé dont la responsabilité couvrira à compter du 1^{er} avril 2010 la prévention, les soins ambulatoires, les établissements hospitaliers et les établissements et services médico-sociaux.

Le Conseil de la CNSA a voulu, dans le chapitre de ce rapport consacré à ses recommandations réaffirmer les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie et préconiser une meilleure articulation des réponses sanitaires et médico-sociales aux besoins de ces personnes. Partir des besoins de la personne fragilisée par une perte d'autonomie pour construire une réponse adaptée et donc individualisée, c'est cette dimension essentielle que veut souligner le titre retenu pour ce rapport relatif à l'environnement et à l'activité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : « Autonomie, santé et territoires : accompagner les personnes ».

L'horizon de la Caisse reste toujours celui de la perspective d'une réforme de la couverture et du financement du « 5^e risque » dans un contexte de déficits publics à résorber qui impose de réexaminer les solutions et leur calendrier.

Francis Idrac, Président du Conseil de la CNSA
Laurent Vachey, Directeur de la CNSA

FAITS MARQUANTS

2009

12 FÉVRIER

PREMIÈRES RENCONTRES SCIENTIFIQUES « ÉVALUER POUR ACCOMPAGNER »

Elles ont été consacrées à la question de l'évaluation de la situation et des besoins des personnes en perte d'autonomie quels que soient leur âge ou l'origine de leur handicap. Elles ont réuni plus de sept cents participants, professionnels, représentants d'associations, chercheurs et décideurs.

* CHAPITRE 6

FÉVRIER

LANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION DES MAIA DANS LE CADRE DU PLAN ALZHEIMER

Dix-sept projets de maisons d'accueil et d'intégration des malades Alzheimer ont été sélectionnés par les ministres à la suite de l'appel à projets. L'expérimentation de l'intégration de l'ensemble des services qui concourent à la prise en charge des malades Alzheimer au sein des MAIA s'est mise en place dès février et sera accompagnée pendant deux ans par l'équipe projet nationale recrutée par la CNSA.

* CHAPITRE 2

MARS

CONTRIBUTION DE LA CNSA AU PLAN DE RELANCE

La CNSA a participé au plan de relance de l'économie du Gouvernement en inscrivant 70 M€ supplémentaires au plan d'aide à l'investissement. Ils ont permis de soutenir soixante-dix projets dans vingt-deux régions, tous démarrés effectivement en cours d'année.

* CHAPITRE 3

BAISSE DES CONCOURS AUX CONSEILS GÉNÉRAUX DU FAIT DE LA CRISE FINANCIÈRE

En raison de la baisse des recettes propres de la CNSA, provenant de la journée de solidarité et de la CSG, à hauteur de 148 M€, les concours aux conseils généraux pour l'APA et la PCH ont dû être revus à la baisse, respectivement de 50,7 M€ et 41,5 M€.

* BUDGET CHAPITRE 2

AVRIL 2009-JANVIER 2010

PROCÉDURE D'APPEL À PROJETS : LA CNSA CONDUIT LE PROJET PILOTE

Dans le cadre de la mise en œuvre des ARS, la CNSA conduit le projet pilote préparant la généralisation de la nouvelle procédure d'appel à projets qui remplace l'avis du CROSMS dans la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Trois régions y ont participé : Bourgogne, Pays de la Loire et Centre.

* CHAPITRE 1

Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes 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).

AVRIL-SEPTEMBRE

MISSION IGAS-IGF SUR LES EXCÉDENTS DE LA CNSA

Les ministres du Travail, de la Santé et du Budget ont confié une mission à l'IGAS et à l'IGF pour analyser les causes structurelles de la sous-consommation des crédits de l'OGD et proposer des pistes d'amélioration du dispositif. Ses conclusions se sont traduites par des décisions dès la construction de l'ONDAM 2010.

✳ CHAPITRE 3

21 JUILLET

FORMATION DES AIDANTS FAMILIAUX : EXTENSION DES COMPÉTENCES DE LA CNSA

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a étendu la compétence de la Caisse à la formation des aidants et accueillants familiaux. La première concrétisation de cette disposition a été la convention signée avec France Alzheimer, dans le cadre du plan Alzheimer, en novembre, qui a pour objectif la formation de quatre mille aidants familiaux.

✳ CHAPITRE 5

OCTOBRE

FINALISATION ET PUBLICATION DU SCHÉMA HANDICAPS RARES

Ce schéma, préparé par la CNSA, a été présenté par la ministre en charge de la Solidarité. Doté de 35 M€ sur cinq ans, il vise à améliorer la connaissance sur les handicaps rares et définit les priorités pour le développement de l'offre d'établissements et services pour mieux répondre aux besoins particuliers de ce public.

✳ CHAPITRE 3

RENOUVELLEMENT DU CONSEIL DE LA CNSA

Les membres du Conseil des collèges représentant les associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées ainsi que les trois personnes qualifiées ont été renouvelés en 2009 ; parmi celles-ci, Monsieur Idrac a été élu président par le Conseil le 20 octobre. Madame Dujay-Blaret et Monsieur Barbier ont été renouvelés dans leur poste de vice-président.

✳ GOUVERNANCE ET PROSPECTIVE

NOVEMBRE

BILAN DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION ENTRE L'ÉTAT ET LA CNSA 2006-2009

La CNSA a conduit conjointement avec la DGAS le bilan de la COG entre l'État et la CNSA 2006-2009, approuvé au Conseil du 17 novembre, afin de poser les bases pour l'élaboration de la future COG 2010-2013. Les objectifs de la première COG, bien que procéduraux et parfois peu précis, ont été globalement respectés dans leur esprit.

✳ CHAPITRE 1

01

GOUVERNANCE ET PROSPECTIVE

- 10 LE CONSEIL DE LA CNSA,
SINGULIER ET PLURIEL
- 12 COMPOSITION DU CONSEIL
- 16 COMPOSITION DU CONSEIL
SCIENTIFIQUE
- 17 ORGANIGRAMME
- 18 LES RELAIS TERRITORIAUX
DE L'ACTION DE LA CNSA

* AUTONOMIE, SANTÉ ET TERRITOIRES

P. 20

Quelles articulations pour répondre
aux besoins des personnes ?

02

EXÉCUTION DU BUDGET

* CHAPITRE 1 P. 32

LE BUDGET EXÉCUTÉ 2009 SECTION PAR SECTION

* CHAPITRE 2 P. 38

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2009 La CNSA face à la crise financière

- 39 Une baisse des recettes propres
de la CNSA au détriment des budgets
des conseils généraux
- 40 La participation au plan de relance
de l'économie
- 41 OGD 2009 et 2010 : une contribution
à l'effort de maîtrise du déficit
de la sécurité sociale
- 42 Des placements financiers optimisés
en 2009

03

ACTIVITÉ

* CHAPITRE 1 P. 46

- GOUVERNANCE DE L'AIDE À L'AUTONOMIE**
Participer aux évolutions institutionnelles
- 47 Participation à la conception et à la mise en œuvre des réformes dans le champ de la santé
- 49 Des relations renouvelées avec les conseils généraux
- 50 De nouveaux partenaires intervenant dans le champ médico-social
- 52 Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 : un bilan au service d'une nouvelle dynamique

* CHAPITRE 3 P. 60

- ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX**
Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre
- 61 Optimiser l'allocation budgétaire
- 64 Affiner la programmation prévisionnelle des besoins de certaines populations spécifiques
- 66 Soutenir l'installation des établissements et services
- 70 Approfondir la connaissance des coûts en établissements et services

* CHAPITRE 5 P. 82

- AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES**
Renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accompagnement
- 83 Appuyer la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile
- 85 Un investissement croissant en matière d'aide aux aidants familiaux
- 86 Favoriser l'accès à des aides techniques toujours plus innovantes

* CHAPITRE 2 P. 54

- PLANS NATIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE**
Ancrer l'autonomie au cœur de la démarche de santé
- 55 L'aide à l'autonomie au cœur des plans de santé publique
- 55 La CNSA mobilisée par sept plans nationaux

* CHAPITRE 4 P. 72

- MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES**
Accompagner les missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes
- 73 Appui à l'organisation et au fonctionnement des MDPH
- 76 Évaluation : de l'expertise à l'accompagnement des équipes
- 79 Vers des préconisations affinées en matière d'emploi et de logement
- 81 Implication des équipes des MDPH dans la conception de réformes de la PCH

* CHAPITRE 6 P. 90

- SYSTÈME D'INFORMATION ET RECHERCHE**
Approfondir et diffuser la connaissance sur l'aide à l'autonomie
- 91 Investissement dans les outils de connaissance des besoins et de l'offre
- 94 Structuration de la recherche
- 96 Valorisation et diffusion de la connaissance

* GLOSSAIRE P. 99

01

PARTIE



GOUVERNANCE ET PROSPECTIVE



★ Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel	10
★ Composition du Conseil	12
★ Composition du Conseil scientifique	16
★ Organigramme	17
★ Les relais territoriaux de l'action de la CNSA	18
★ AUTONOMIE, SANTÉ ET TERRITOIRES	
Quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ?	20



LE CONSEIL DE LA CNSA, SINGULIER ET PLURIEL

Le Conseil n'est pas, dans son appellation, un conseil d'administration, même s'il en a une partie des attributions au sein de l'établissement public administratif qu'est la CNSA. C'est un organe de gouvernance qui a deux spécificités par rapport aux modèles traditionnels.

★ **La première, dans sa composition :** il rassemble classiquement les partenaires sociaux (les confédérations syndicales de salariés représentatives et les trois représentants des employeurs), mais aussi six représentants des associations œuvrant au plan national pour les personnes handicapées, six représentants des associations œuvrant au plan national pour les personnes âgées, six représentants des conseils généraux, deux parlementaires, sept représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse, trois personnalités qualifiées et dix représentants de l'État : quarante-huit membres au total.

Les douze associations (et leurs suppléants) œuvrant au niveau national pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées sont élues pour quatre ans au sein de deux collèges d'associations désignés par arrêté (dix-neuf pour les personnes âgées, trente-cinq pour les personnes handicapées). Les associations ainsi désignées proposent ensuite la personne physique qui les représentera chacune.

Les représentants des conseils généraux et les deux parlementaires sont désignés, pour les premiers par l'Assemblée des départements de France, pour les deuxièmes par l'Assemblée nationale et le Sénat, après chaque élection. Les représentants d'institutions, des syndicats de salariés et employeurs et de l'État le sont dès qualités, donc sans durée prédéterminée de leur mandat au sein du Conseil. Les trois personnalités qualifiées sont choisies par le Gouvernement pour un mandat de quatre ans et le président du Conseil est obligatoirement élu parmi elles, par le Conseil.

Du fait de son organisation, le Conseil de la CNSA a un double rôle. Organe de gouvernance de l'établissement public, il arrête son budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et il se prononce sur les priorités d'action de la Caisse dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion qui la lie à l'État.

Mais c'est aussi, de par cette même composition, un « haut conseil de la solidarité pour l'autonomie », lieu d'échanges et de débat sur tous les aspects de cette politique, qui se matérialise notamment dans le rapport annuel remis au Parlement et au Gouvernement. Conformément à l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles, le rapport dresse « un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la Caisse estime nécessaire ».

C'est dans ce cadre que le Conseil a approuvé en octobre 2007 un chapitre de son rapport traçant sa vision partagée de ce que devrait être un « 5^e risque de protection sociale » relatif à la perte d'autonomie et qu'il a, dans son rapport d'octobre 2008, préconisé les modalités de sa gouvernance, en particulier dans le contexte de la mise en place des agences régionales de santé et de la révision générale des politiques publiques.

★ **Deuxième originalité du Conseil, la pondération des votes en son sein :** l'État, avec ses dix représentants, ne dispose que de trente-sept voix sur un total de quatre-vingt-trois. Il n'a donc pas de majorité automatique. Dispositif peu habituel pour un établissement public



Les membres du Conseil de la CNSA ont élu le 20 octobre 2009 leur président et leurs deux vice-présidents à l'occasion d'un Conseil extraordinaire à la CNSA.

Francis Idrac a été élu président du Conseil de la CNSA pour quatre ans. **Janine Dujay-Blaret**, présidente de la Fédération nationale des aînés ruraux et vice-présidente du Comité national des retraités et personnes âgées, et **Jean-Marie Barbier**, président de l'Association des paralysés de France, sont réélus vice-présidents pour quatre ans. Ils représentent respectivement les collèges des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

d'un État ni majoritaire – comme c'est l'usage – ni non-votant, comme dans les caisses nationales de sécurité sociale, où il est représenté seulement par un commissaire du Gouvernement. La convention d'objectifs et de gestion l'explique ainsi : « Par la composition de ce Conseil, au sein duquel il ne détient pas de majorité absolue, l'État a fait le choix de partager avec l'ensemble des acteurs concernés la mise en œuvre de la politique de lutte contre la perte d'autonomie ».

Il faut voir, dans cette volonté, les conséquences des circonstances mêmes de la naissance de la CNSA : le drame de la canicule de l'été 2003 et le sentiment que la perte d'autonomie des personnes âgées ou handicapées nécessitait un effort partagé de l'ensemble de la nation que matérialise, depuis lors, la journée de Solidarité.

C'est aussi la traduction de l'histoire du secteur médico-social, très largement organisé autour de délégations du service public à des associations. Ces associations, par leurs initiatives, ont été les acteurs premiers du secteur, en particulier pour ce qui concerne les personnes handicapées.

Ce choix implique un changement de posture de l'État, qui n'est pas toujours évident ou compris : ni indifférent aux positions prises dans un Conseil dont le pouvoir se limiterait à des avis et des motions, ni en situation de décider seul sans un dialogue préalable suffisant.



COMPOSITION DU CONSEIL



48 MEMBRES

(au 30 mars 2010)

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

● **Jean-Marie Barbier**
Association des paralysés de France (vice-président du Conseil de la CNSA).
Suppléant : Vincent Assante
Coordination handicap et autonomie.

● **Jean Canneva**
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
Suppléant : Henri Faivre
Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés.

● **Régis Devoldère**
Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis.
Suppléante : Marie-Christine Cazals
Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens.

● **Christophe Duguet**
Association française contre les myopathies.
Suppléant : Philippe Chazal
Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes.

● **Jean-Louis Garcia**
Association pour adultes et jeunes handicapés.
Suppléante : Régine Clément
Trisomie 21 France : fédération des associations d'étude pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21.

● **Françoise Quéruel**
Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif.
Suppléant : Arnaud de Broca
Fédération nationale des accidentés de la vie.

 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.
Suppléant : Didier Sapy
Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées.

● **Janine Dujay-Blaret**
Fédération nationale des aînés ruraux (vice-présidente du Conseil de la CNSA).
Suppléant : Sylvain Denis
Fédération nationale des associations de retraités et préretraités.

● **André Flageul**
Union nationale de l'aide, des soins et des services au 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 : Jean de Gaullier
ADESSA À DOMICILE-Fédération nationale.

● **Jean-Marie Vetel**
Syndicat national de gérontologie clinique.
Suppléant : Charley Baltzer
Fédération nationale d'associations d'aide et de services à domicile.

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**

Sénateur, 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.

● **Jean-Marie Rolland**

Député, président du Conseil général de l'Yonne.

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.

● **Daniel Edelin**

Confédération générale du travail.

Suppléante : Solange Fasoli
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 : Paul Virey
Confédération générale du travail – Force ouvrière.

● **Thierry Gayot**

Confédération française des travailleurs chrétiens.

Suppléant : Jean-Pierre Samurot
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 : Dominique Jeoffre
Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.

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

● **Dominique Léry**

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 Lecoultre**

Union professionnelle artisanale.

Suppléant : Marcel Lesca
Union professionnelle artisanale.



Dix représentants de l'État.

- **Fabrice Heyriès**
Directeur général de la cohésion sociale.
- **Dominique Libault**
Directeur de la sécurité sociale.
- **Philippe Josse**
Directeur du budget.
- **Jean-Michel Blanquer**
Directeur de l'enseignement scolaire.
- **Bertrand Martinot**
Délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle.
- **Annie Podeur**
Directrice générale de l'offre de soins.
- **Pr Didier Houssin**
Directeur général de la santé.
- **Jean-Marie Bertrand**
Secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales.
- **Éric Jalon**
Directeur général des collectivités locales.
- **Thierry Dieuleveux**
Secrétaire général du comité interministériel du handicap.

Parlementaires

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



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

- **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 sanitaires et sociaux.
Suppléant : Johan Priou
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.
- **Christian Möller**
Fédération hospitalière de France
Suppléant : René Caillat
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.
- **Jean-Alain Margarit**
Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées.
Suppléante :
Florence Arnaiz-Maume
Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées.
- **Françoise Nouhen**
Union nationale des centres communaux d'action sociale.
Suppléant : Daniel Zielinski
Union nationale des centres communaux d'action sociale.

Trois personnalités qualifiées.

- **Hélène Gisserot**
Procureure générale honoraire auprès de la Cour des comptes.
- **Francis Idrac**
Préfet, inspecteur général des finances (président du Conseil de la CNSA).
- **Jean-Marie Schléret**
Ancien président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh).



COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Par arrêté du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, de la secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité et de la secrétaire d'État chargée des Aînés en date du 15 mars 2010 ont été nommés au Conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en qualité d'experts :

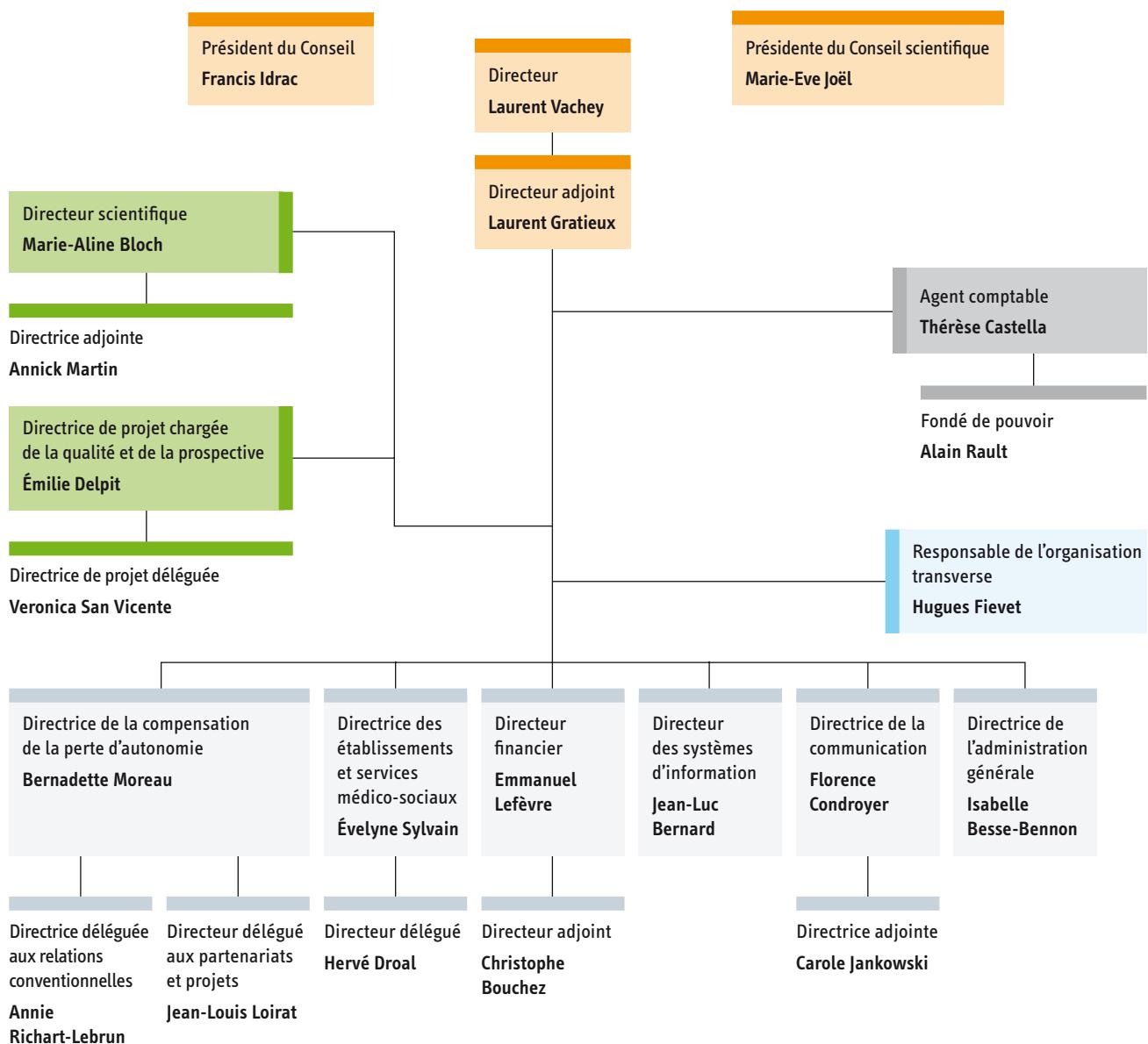
- **Dominique Argoud**
Sociologue à l'université Paris 12, directeur adjoint de l'UFR SESS-STAPS, maître de conférences en sciences de l'éducation.
- **Amaria Baghdadli**
Psychiatre PU-PH, responsable du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents du CHU de Montpellier.
- **Jean-Yves Barreyre**
Sociologue, directeur du CEDIAS (Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale) et de la délégation ANCREAI Île de France.
- **Anne Caron-Deglise**
Magistrat chargé de la protection des majeurs à la Cour d'appel de Paris.
- **Philippe Denormandie**
Chirurgien-orthopédiste, PU-PH, Hôpital Raymond-Poincaré à Garches. Directeur général du développement et de l'offre de services du groupe Korian.
- **Jean-Jacques Detraux**
Professeur à l'université de Liège, responsable de l'unité de psychologie et de pédagogie de la personne handicapée au département des sciences cognitives à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Liège.
- **Alain Franco**
Gériatre au CHU de Nice, président d'honneur de la Société française des technologies pour l'autonomie et de la gériatrie (SFTAG),
- **Alain Grand**
Médecin PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie – épidémiologie et sociologie du vieillissement – Toulouse.
- **Marie-Eve Joël**
Professeur en sciences économiques, université Paris 9-Dauphine, directrice du LEGOS, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé – présidente du Conseil scientifique.
- **Alain Leplège**
Professeur des universités, département histoire et philosophie des sciences, université Paris 7-Denis Diderot, chercheur
- **statutaire et directeur adjoint du REHSEIS (Recherches épistémologiques et historiques sur les sciences exactes et les institutions scientifiques).**
- **Jean-François Ravaud**
Médecin, directeur de recherche INSERM – épidémiologie sociale – directeur de l'IFR 25-RFRH (Réseau fédératif de recherche sur le handicap) – CERMES – vice-président du Conseil scientifique.
- **Jean-Marie Robine**
Économiste à l'INSERM, démographie et santé, président du Comité UIESP longévité et santé.

Membres représentant un ministère ou un organisme :

- **Bernard Bioulac**
Représentant le CNRS.
- **Emmanuelle Cambois**
Représentant l'INED.
- **Pascale Dorenlot**
Représentant l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM).
- **(En cours de nomination)**
Représentant le ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche.
- **Régis Gonthier**
Représentant la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG).
- **Antoine Magnier**
Représentant le ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.
- **(En cours de nomination)**
Pour le ministère de l'Éducation nationale.
- **Ronan Mahieu**
Représentant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – ministère de la Santé).
- **Xavier Niel**
Représentant l'INSEE (ministère de l'Économie).
- **Jacques Pélissier**
Représentant la SOFMER.
- **Isabelle Ville**
Représentant l'INSERM.



ORGANIGRAMME



- Fin 2008, le plafond d'emploi de la CNSA a été augmenté de 6 ETP, passant de 90 à 96 pour les besoins de la mise en place du plan Alzheimer (cf. 3^e partie – chapitre 2) • 78 personnes étaient recrutées sous contrat de droit privé relevant de la convention UCANSS (dont 7 CDD au 31 décembre 2009), les autres étaient des agents de la fonction publique • L'équipe de la CNSA est très féminisée (près de 63 %) • La moyenne d'âge était de 43,41 ans pour les hommes et 39,44 ans pour les femmes • L'effectif moyen mensuel a progressé de 8,7 % de 2008 à 2009 • La CNSA a accueilli cette année 19 stagiaires au sein des directions métiers et support. Deux apprentis, entrés à l'effectif en 2008, sont sortis en 2009 • La CNSA emploie quatre travailleurs reconnus handicapés.



LES RELAIS TERRITORIAUX DE L'ACTION DE LA CNSA

Originalité par rapport aux caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA est une caisse sans réseau territorial propre. Il n'existe aucune « caisse locale de solidarité pour l'autonomie », mais seulement une caisse nationale, qui agit au travers de réseaux sur lesquels elle n'a aucune autorité hiérarchique. Vis-à-vis de ces réseaux, la CNSA a une double fonction de financeur – elle leur répartit l'essentiel des moyens de son budget, 18,3 Md€ en 2009 – et d'agence d'animation, garante de l'efficience et de l'équité dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

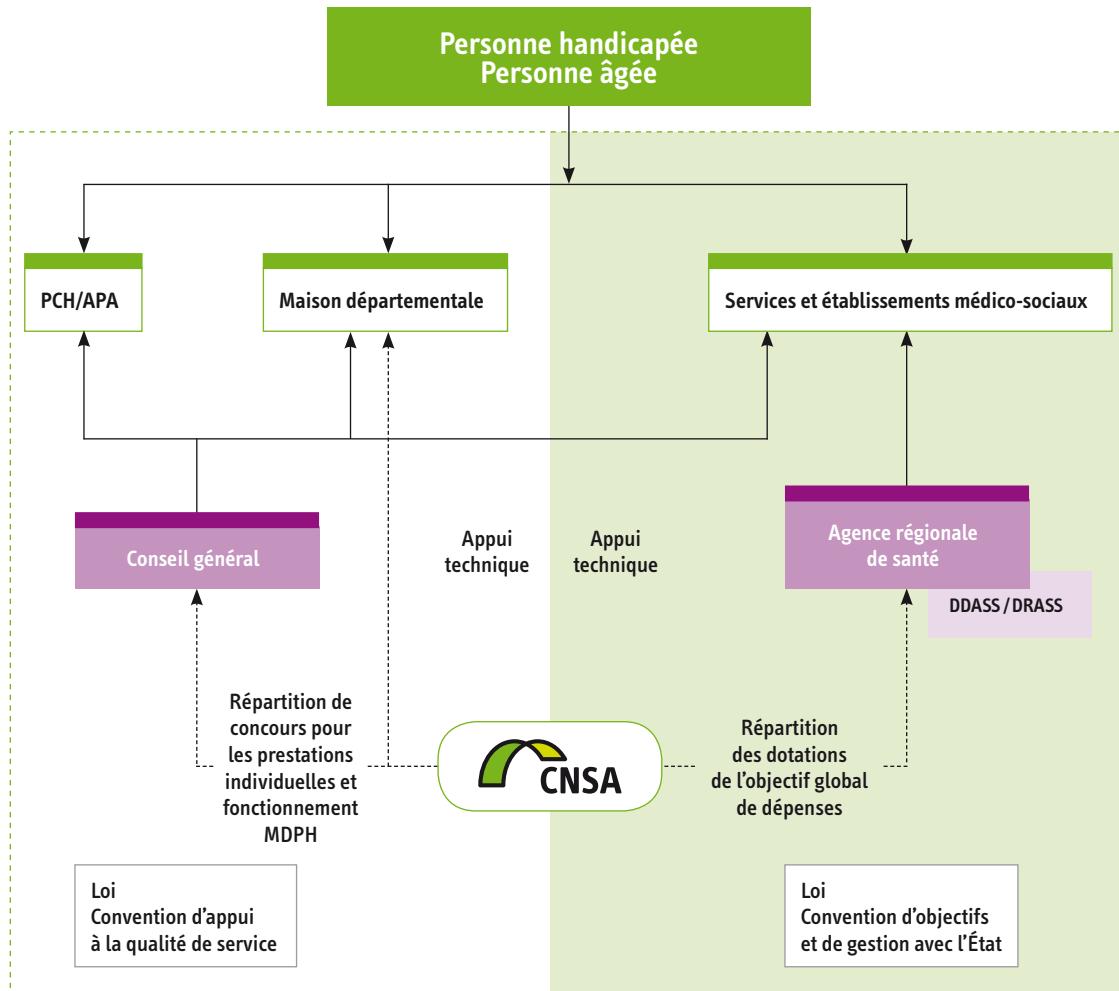
★ **Les services de l'État en région, DRASS et DDASS jusqu'en 2009**, sont le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux, mais aussi leur tarification dans le cadre des moyens que la CNSA administre au plan national – l'objectif global de dépenses soit 15,4 Md€ en 2009 (cf. 2^e partie – chapitre 1) – et leur délègue. Ce sont aussi les DDASS et les DRASS qui organisent la répartition des aides à l'investissement de la CNSA – 330 M€ en 2009 – et servent de relais de terrain pour les actions de prévention du plan Bien vieillir ou les appels à projets comme ceux relatifs à « l'aide aux aidants » des personnes en situation de perte d'autonomie.

À partir d'avril 2010, ce seront les agences régionales de santé, créées par la loi du 21 juillet 2009, qui joueront ce même rôle de relais territorial de l'action de la CNSA pour la répartition des moyens de l'objectif global de dépenses. Ce devrait être l'occasion, au plan administratif, d'une mutualisation des moyens de l'assurance maladie et de l'État, notamment pour le suivi financier du secteur médico-social. Ce devrait surtout être le gage d'une meilleure articulation entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge médico-sociale des personnes, avec une plus grande fluidité des parcours, tant au niveau national avec la coordination de l'action des ARS sur l'ensemble de leur champ qu'au niveau local, en particulier grâce à des mécanismes renforcés de collaboration avec les conseils généraux.

★ **Les Conseils généraux constituent le deuxième relais de terrain essentiel de l'action de la CNSA**, sur lequel elle n'a institutionnellement aucun pouvoir d'instruction. Ils s'administrent librement dans le cadre de la loi, comme toute collectivité territoriale. Ce sont les acteurs premiers de l'action sociale, comme le précise le code de l'action sociale et des familles : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent* ». Ce rôle premier est particulièrement net pour ce qui est des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap : outre les schémas départementaux, le département est compétent pour l'instruction des demandes d'allocations personnalisées d'autonomie pour les personnes âgées et, de façon plus récente, de l'attribution de la prestation de compensation du handicap, et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées créées par la loi du 11 février 2005 sous forme de groupements d'intérêt public, dont le conseil général assure la tutelle administrative et financière.

Les deux prestations de base que représentent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA : 5,08 Md€ en 2009 France entière) et la prestation de compensation du handicap (PCH : 848,35 M€ en 2009⁽ⁱ⁾) donnent lieu à un concours national versé par la CNSA aux départements :

(i) Chiffres définitifs connus en avril 2010.



ce concours couvre, pour 2009, en moyenne 30 % de la dépense pour ce qui est de l'APA, et 45 % pour ce qui est de la PCH, avec une péréquation entre départements en fonction notamment de leur potentiel fiscal.

Au-delà de ces concours financiers, la CNSA est également chargée « *d'assurer un rôle technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation* », et « *d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des dépenses de compensation* ». Pour cette deuxième fonction, cela se traduit par des « *conventions d'appui à la qualité de service* », qui sont le vecteur d'une aide financière de la CNSA pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (60 M€ en 2009), mais surtout le cadre d'exercice des

différentes actions d'animation et d'appui : lettres d'information, réunions techniques thématiques, animation de groupes de travail, etc.

L'absence de réseau propre est au final une chance pour la CNSA plutôt qu'un handicap. Certes, elle ne maîtrise pas les moyens que chacun des réseaux avec lesquels elle travaille peut affecter aux missions de la CNSA, ce qui peut être parfois problématique, si les ambitions de l'animation nationale ne trouvent pas les moyens adéquats pour en relayer la mise en pratique sur le terrain. Mais, ne pouvant pas donner d'instructions, la CNSA est obligée de se positionner en offre de services : c'est parce que les acteurs de terrain sont convaincus que ce que leur apporte la Caisse leur permet de mieux exercer leur mission localement qu'elle gagne sa légitimité. Cela s'est particulièrement démontré vis-à-vis des conseils généraux, légitimement soucieux de leur autonomie de gestion vis-à-vis de l'État (et plus généralement des opérateurs nationaux) et vigilants à l'égard de ce qui serait perçu comme un empiètement sur leurs compétences.



AUTONOMIE, SANTÉ ET TERRITOIRES

Quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ?

La loi a prévu que le rapport que la CNSA adresse chaque année au Parlement et au Gouvernement et qui est soumis à la délibération de son Conseil comporte toute recommandation qu'elle estime nécessaire. Pour la quatrième année consécutive, les réflexions et propositions du Conseil prennent la forme d'un chapitre particulier de ce rapport.

En 2007, le Conseil de la CNSA, dans son rôle de proposition au Gouvernement et au Parlement, avait traité du droit universel à compensation de la perte d'autonomie, suite à la saisine du ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Philippe Bas. En 2008, ses recommandations ont porté sur la gouvernance du risque de perte d'autonomie, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des agences régionales de santé (ARS) et de la révision générale des politiques publiques et dans la perspective d'une loi sur le 5^e risque.

Les propositions émises alors sur la compensation de la perte d'autonomie, avec une réponse individualisée mais qui ne soit pas dépendante des circonstances ni de l'âge de la personne concernée (la « convergence sans confusion »), gardent toute leur pertinence, dans la perspective du débat que le Gouvernement annonce à la suite de celui sur les retraites. Le Conseil de la CNSA a d'ailleurs prévu d'approfondir d'ici à l'été 2010 ses

réflexions de 2007, en particulier sur les convergences des réponses et sur les critères de la péréquation nationale issue de l'instauration de la journée nationale de solidarité.

Un cadre nouveau se met en place au niveau territorial avec les ARS qui incluent le médico-social dans leur champ de compétence : c'est l'occasion pour le Conseil de se prononcer sur l'articulation du champ médico-social par rapport au champ sanitaire – et réciproquement.

Sans repérer ici l'ensemble de la problématique de l'articulation entre les champs sanitaire, médico-social et social, il faut cependant rappeler quelques données liminaires :

- la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé (« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité* ») porte en

- elle-même la nécessité d'une prise en compte conjointe et cohérente du champ sanitaire et du champ social;
- la distinction d'un champ médico-social, en quelque sorte intermédiaire entre le sanitaire et le social, est une spécificité française, la plupart des autres pays ne distinguant que ces deux dernières notions. Cette particularité française fait émerger des questions de frontière et de cohérence, que se posent aussi les autres pays, entre sanitaire et social, avec des réponses parfois mieux articulées;
- le secteur médico-social s'est largement construit, en particulier à partir des années 1960, par autonomisation par rapport au champ sanitaire hospitalier (qu'il s'agisse des personnes âgées, des personnes handicapées ou de la protection de l'enfance), parce que les réponses aux besoins des personnes sont apparues devoir être différentes de la logique « d'hospice », qui avait prévalu historiquement;
- l'organisation administrative française a toujours recherché la meilleure articulation entre social, médico-social et sanitaire : création des directions départementales (puis régionales) de l'action sanitaire et sociale en 1964 par rapprochement des services du ministère de la Santé, des préfectures et de la santé scolaire; émergence de pôles dédiés à l'offre sanitaire hospitalière avec les agences régionales de l'hospitalisation en 1996; démarches législatives largement parallèles et superposées (par exemple, de façon récente, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi de santé publique du 9 août 2004⁽²⁾). Ce balancement entre regroupement et spécialisation se retrouve également dans les portefeuilles ministériels où, pour ne parler que de la situation récente, santé et solidarité ont été unifiées à plusieurs reprises dans un même ministère (dernièrement, de 2004 à 2007), ou scindées depuis;
- l'unification d'approche de la situation des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie, principe fondateur de la CNSA, ne se traduit pas encore dans la législation, ni systématiquement dans l'organisation administrative d'État et ministérielle;
- les étapes successives de la décentralisation se sont traduites par des compétences élargies des collectivités locales, principalement des conseils généraux, dans le champ social et médico-social, les dernières étapes étant la responsabilité qui leur a été confiée vis-à-vis des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2004 et des MDPH en 2005. Leur association à l'organisation des réponses sanitaires et médico-so-

ciales est indispensable, en tenant compte de leurs propres réflexions, par exemple les projets de transformation des MDPH en maisons de l'autonomie;

- des expériences successives ont déjà essayé, avec des réussites inégales, de rapprocher la prise en compte des besoins sanitaires et sociaux – par exemple, les secteurs psychiatriques en 1970, les réseaux ville hôpital pour le VIH en 1991 (puis la toxicomanie, l'hépatite C, les réseaux de soins...), auxquelles s'ajoute le travail en commun à l'initiative des acteurs eux-mêmes;
- la volonté d'unification du champ sanitaire et du médico-social avec la création des ARS aboutit donc à une séparation institutionnelle d'avec le champ social proprement dit, désormais structuré, pour ce qui est de l'État territorial⁽³⁾, au sein des directions de la cohésion sociale. Au niveau de l'administration centrale, la Direction générale de la cohésion sociale conserve la compétence sur le champ médico-social et social, alors que deux directions relevant d'un autre ministère – la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins – couvrent le sanitaire et que la Direction de la sécurité sociale a été rattachée au ministère des Comptes publics.

Les ARS devront donc coordonner leur action avec les intervenants du champ social, qu'il s'agisse de la prévention, de l'interaction entre conditions de vie et santé, ou de l'intrication des besoins sociaux et sanitaires, notamment des personnes concernées par des maladies chroniques ou par la perte d'autonomie (ce que la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 pointait déjà, lorsqu'elle listait parmi les dix champs de la santé publique « *l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes* »).

Si le Conseil a exprimé, à l'occasion du rapport 2008, un avis de principe positif sur l'inclusion du médico-social dans le champ des ARS, avec les avantages à en attendre en termes de cohérence des parcours et d'efficience des moyens, il a aussi tenu à rappeler les inquiétudes de beaucoup d'acteurs du médico-social qui craignent que la spécificité du secteur soit insuffisamment présente et reconnue dans la nouvelle organisation qui se met en place.

Il faut à cet égard souligner que les personnes handicapées ou âgées vivent essentiellement à domicile ➤

(2) La première indique que l'action sociale et médico-sociale repose « *sur une évaluation continue des besoins et des attentes de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées...* », alors que la deuxième indique que la politique de santé publique concerne « *l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes...* ».

(3) Mais le principal des compétences et des moyens relève des collectivités locales, des départements en particulier.

► au sein de la société dans les dispositifs de « droit commun » auxquels il convient de garantir leur accès. Si cela ne suffit pas à répondre à leurs besoins particuliers, ce « droit commun » peut être adapté par des mesures prises par dérogation aux manières habituelles de travailler ou de fonctionner (pour adapter l'enseignement en fonction du handicap de l'enfant, par des transports adaptés en sus de l'accessibilité des transports...).

Lorsque les altérations de fonction et les limitations d'activité rencontrées par les personnes risquent de mettre en péril leur pleine participation à la vie sociale, le droit à compensation leur ouvre l'accès à des services ou équipements spécifiques qui ne sont pas une alternative au « droit commun » mais bien un complément : complémentarité entre l'école ordinaire et l'école adaptée, entre l'intervention de services d'accompagnement ou d'accueil de jour pour une personne vivant chez elle... D'où l'importance de la coordination entre le sanitaire, le médico-social et le social mais aussi entre ces domaines et les autres politiques publiques : logement, transport, ressources, éducation, emploi, etc.

Ce rapport est donc pour le Conseil l'occasion d'identifier ce qui constitue la spécificité du champ médico-social, comment le rapprochement des deux dimensions peut être mutuellement positif, comme devrait aussi l'être le décloisonnement entre les établissements de santé et les soins de ville, et ce qui devrait se garder d'une approche uniforme et réductrice.

LA SPÉCIFICITÉ DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL DOIT ÊTRE PLEINEMENT RECONNUE

Cette spécificité a été rappelée tout au long des débats qui ont conduit à l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le Conseil salue les avancées qui ont été opérées entre le projet de loi initial et celui adopté par le Parlement : place affirmée des usagers représentant les personnes âgées et les personnes handicapées dans le conseil de surveillance des ARS, dénomination de la conférence régionale de la santé « et de l'autonomie », précisions relatives au schéma régional d'organisation médico-sociale, à la « fongibilité asymétrique », à la commission de coordination des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, à la procédure d'appel à projets.

Au-delà du texte de la loi et des précisions attendues des décrets d'application, il faut donner toute sa place

à la spécificité de l'accompagnement et de la prise en charge de la personne en situation de perte d'autonomie par rapport à la personne malade – même si la perte d'autonomie peut elle-même résulter d'une maladie, et que les réponses sanitaire et médico-sociale sont très souvent complémentaires (cf. p24).

* Le projet de vie

Le projet de vie est d'abord au cœur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, comme le droit des usagers était central dans la loi du 2 janvier 2002. Bien sûr, le projet de vie ne peut pas être déconnecté de l'âge de la personne et des limitations à son autonomie que le handicap ou les maladies invalidantes, notamment résultant du grand âge, peuvent induire. Mais l'affirmation de ce projet de vie comme principe général est essentielle : la personne en situation de perte d'autonomie ne demande pas, comme une personne malade, à être « simplement » guérie (durablement ou non) pour vivre à nouveau pleinement ; elle veut vivre, dans toutes les dimensions de la vie sociale (à domicile ou en institution, au travail, à l'école...) avec les contraintes que sa situation fait peser sur son mode de vie. Les recommandations de l'ANESM, par exemple sur les attentes de la personne et le projet personnalisé, ou sur l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement, traduisent cette exigence. C'est parce qu'il y a projet de vie quel que soit l'âge ou le handicap que peuvent ensuite se construire l'évaluation des besoins et le projet personnalisé de compensation.

* Un accompagnement diversifié dans la durée

La perte d'autonomie implique la nécessité d'une aide aux gestes de la vie quotidienne, plus ou moins importante selon le handicap, l'environnement et les moments. Cette aide aux gestes de la vie quotidienne peut mobiliser des aides humaines familiales, bénévoles et/ou professionnelles, des aides techniques, animalières, nécessiter des aménagements adaptés du cadre de vie⁽⁴⁾. Il s'agit donc presque systématiquement d'un accompagnement dans la durée, souvent tout au long de la vie (la perte d'autonomie temporaire, suite à un accident, relève des mêmes types de besoin, mais s'inscrit dans la continuité du risque de santé, et doit être prise en compte dans ce cadre). Il faut donc organiser et combiner les éléments permettant cette aide aux gestes de la vie quotidienne dans la durée, en s'adaptant aux

(4) Ce qui n'exonère pas de l'obligation générale d'accessibilité de tous à la vie sociale.



circonstances d'un parcours individuel : évolution de l'état de la personne, moments de la vie sociale. Dans certaines situations, notamment de handicap ou consécutives à une maladie invalidante, cet accompagnement dans la durée devra combiner des éléments sanitaires plus ou moins réguliers et d'aide aux gestes de la vie quotidienne : il n'y a donc pas de frontière étanche entre le sanitaire (« to cure ») et le médico-social (« to care »), pas plus qu'entre ces deux champs et le social⁽⁵⁾, mais un risque dominant à un moment donné, qui doit intégrer les dimensions complémentaires.

★ Des réponses individualisées fondées sur une évaluation globale

Même si la réponse sanitaire est individualisée et le sera sans doute de plus en plus en fonction de paramètres

biologiques individuels, elle reste souvent relativement standardisée : à une pathologie correspond un protocole de prise en charge, peu dépendant de la personne et de ses besoins individuels⁽⁶⁾. Une prise en charge dans la durée n'en existe pas moins pour un nombre important de pathologies chroniques, ce qui constitue un facteur de rapprochement entre les deux secteurs, d'autant que la prise en charge d'une pathologie chronique demande elle aussi une attention particulière à l'environnement social et familial du patient. Pour sa part, la réponse médico-sociale nécessite systématiquement une individualisation face à une situation de perte d'autonomie, du fait du contexte de vie de la personne, fondée sur l'évaluation globale des besoins de la personne : pour une même situation de perte de capacité de mobilité, la réponse sera dépendante du moment de la vie sociale (scolarité, travail, domicile, établissement...) et ➤

(5) C'est en particulier le cas du handicap psychique, où l'imbrication et la cohérence entre la prise en charge sanitaire, l'accompagnement médico-social et les mesures sociales – logement, travail etc. – sont essentielles.

(6) Mais les choses évoluent. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, dans ses concepts et dispositions, doit beaucoup à la culture médico-sociale du droit des usagers et à la loi du 2 janvier 2002.

► de l'environnement de la personne. De ce fait, la réponse apportée par la solidarité nationale doit s'inscrire entre la logique de la sécurité sociale (une même couverture pour tous) et la logique de l'action sociale (une prise en charge facultative).

★ Les réponses évolutives et coordonnées

Les réponses médico-sociales doivent être évolutives en fonction de la situation de perte d'autonomie : celle-ci peut s'améliorer, se stabiliser ou s'aggraver au cours de la vie ; ou l'environnement de vie de la personne peut être modifié, voire bouleversé (disparition d'un aidant familial...) et les réponses devront s'adapter à ces changements. Tout autant que dans le domaine sanitaire (entre professionnels de santé, entre ambulatoire et hospitalier), la coordination des réponses revêt une importance particulière : dans l'idéal, chaque intervenant doit être en mesure d'entendre ou de détecter l'évolution d'une situation et d'en tirer les conséquences soit pour son intervention propre (augmenter temporairement ou de façon permanente le nombre d'heures d'intervention parce que l'autonomie se détériore), soit pour détecter le besoin de mise en place d'une autre réponse (organiser un portage de repas à domicile, adapter le logement, envisager une prise en charge en institution...). Le secteur médico-social étant très fragmenté en France (du point de vue des institutions publiques comme des intervenants), sa bonne coordination est cruciale pour la qualité des réponses, et les évolutions en cours ou à venir devront favoriser une plus grande intégration.

★ Conforter l'accompagnement et le soutien familial

L'accompagnement et le soutien familial, le plus souvent bénévoles, existent aussi, bien sûr, dans le champ sanitaire. Mais l'accompagnement médico-social demande d'accorder une importance particulière aux aidants familiaux et non professionnels. Ils sont dans beaucoup de situations l'aide la plus importante : la DREES⁽⁷⁾ a estimé entre 5 heures 30 et 8 heures le soutien quotidien apporté par les aidants familiaux à leurs proches en situation de perte d'autonomie. L'importance de cette implication nécessite la prise en compte de leur expertise : du fait de la permanence de leur présence, ils développent un savoir-faire et une capacité d'alerte, sinon de diagnostic, que les aidants professionnels

doivent considérer, en complémentarité de leurs propres savoirs. Les réponses apportées doivent prendre en compte aussi les besoins des aidants familiaux, pour leur éviter l'épuisement et leur permettre de faire face à la situation à laquelle ils sont confrontés : cela passe par du soutien psychologique, de la formation adaptée et individualisée, des solutions de répit accessibles (pratiquement et financièrement) pour les familles⁽⁸⁾... qui doivent être coordonnés avec les réponses aux besoins de la personne en perte d'autonomie.

★ Prendre en compte l'expression des besoins des usagers et de leur famille

Au-delà de leurs besoins individuels, les usagers et leur famille ont été historiquement à l'origine du développement du secteur médico-social – en particulier pour le handicap –, à la fois quantitativement et qualitativement, de façon beaucoup plus massive que dans le secteur sanitaire. Les solutions qui se sont peu à peu généralisées procèdent de cette initiative privée non lucrative, parce que les usagers et leur famille ont été les premiers à identifier les manques dans les solutions organisées par les pouvoirs publics, et à porter le message de la nécessité d'y répondre, en proposant des solutions. Même si la loi HPST a réformé la procédure d'autorisation vers une logique d'appel à projets à l'initiative des financeurs (ARS et conseils généraux), la légitimité des usagers dans l'organisation de réponses médico-sociales adaptées aux besoins demeure et leur contribution devra être préservée dans ce nouveau cadre. L'analyse des besoins ne pourra donc pas résulter du seul exercice de planification du projet régional de santé mené par les ARS – même s'il est nécessaire pour donner de la visibilité et garantir l'équité territoriale –, mais devra aussi demeurer à l'écoute des besoins exprimés par les usagers et leur famille, ainsi que de leurs propositions. Cela justifie leur présence, à la fois dans les instances de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans les conférences de territoire, et dans le conseil de surveillance des ARS.

L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU MÉDICO-SOCIAL DOIT ÊTRE STRUCTURÉE

Les distinctions entre approches sanitaire et médico-sociale peuvent s'atténuer, avec notamment la « chroni-

(7) Études et résultats n° 456 – « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », janvier 2006.

(8) Notamment monoparentales, lorsque l'aide de l'entourage est plus limitée.

cisation » de certaines pathologies, les polypathologies ou les conséquences de la rémission d'une maladie : le secteur sanitaire doit et devra de plus en plus tenir compte dans son approche de la situation du malade de facteurs qui relèvent de son environnement, au-delà du traitement d'un épisode aigu. D'une certaine façon, la prise en charge sanitaire devra intégrer les dimensions sociales pour un nombre significatif de situations qu'elle traite, si elle veut apporter une réponse complète et de qualité.

✳ **Mobiliser tous les acteurs de l'accès aux soins courants**

Réiproquement, certaines structures médico-sociales devront voir renforcés leurs moyens d'action dans le domaine du soin et les structures de santé devront pouvoir mieux prendre en compte les difficultés particulières d'accès des personnes en situation de perte d'autonomie. Les personnes en situation de handicap ont des difficultés spécifiques d'accès aux soins courants, non liées au handicap, comme l'a montré l'audition publique des 22 et 23 octobre 2008 organisée par la Haute autorité de santé (HAS). Organisées pour traduire concrètement sur ce point le droit à l'égalité de traitement et à la citoyenneté des personnes handicapées posé par la loi du 11 février 2005, les conclusions de cette audition soulignent que « *L'élimination des obstacles constatés passe par une mobilisation de la société dans son ensemble* ». Elle préconise notamment de consolider dans leur rôle d'acteur les personnes en situation de handicap, de développer l'offre de formation tant initiale que continue pour les professionnels de santé afin d'améliorer leur connaissance des problématiques du champ du handicap, et d'amplifier la mise en place de formules d'accompagnement individualisé au sein du système de santé.

✳ **Du risque dominant à l'accompagnement global**

Pour optimiser la réponse aux besoins des personnes, il est sans doute nécessaire de privilégier une approche par « risque dominant » où la prise en charge des besoins de santé s'intègre dans une approche globale de la personne pour laquelle la perte d'autonomie est prédominante (et *a contrario* pour les moments où la réponse sanitaire est première dans le besoin de la personne). Ainsi, les réponses doivent s'organiser à partir du risque sanitaire pour un malade du cancer en phase aiguë, à partir du risque de perte d'autonomie pour les personnes âgées concernées par cette situation, ou à partir du risque social pour un sans-domicile-fixe. Mais, dans chacun de ces exemples, la qualité des réponses

exigera cependant une vision globale des besoins, et la capacité d'articuler, à un moment donné, réponse sanitaire et réponse médico-sociale ou sociale. Ce besoin de transversalité interpelle aussi bien les professionnels – comment sortir d'une posture technique pour intégrer les besoins qui ne sont pas du champ de sa technicité propre ? – que les institutions – comment dépasser les frontières de compétence ou de mode de financement des prises en charge ? – mais la qualité de la réponse aux besoins des personnes en dépend, ainsi que l'efficience du système de prise en charge.

L'évolution respective des besoins sanitaires et médico-sociaux, du fait notamment de la démographie, nécessitera pour les années à venir un effort plus important en faveur du médico-social dans les arbitrages des lois de financement de la sécurité sociale. C'est ce qui a été d'ailleurs arbitré ces dernières années, et le Conseil s'en félicite, même s'il a eu par ailleurs l'occasion de souligner l'ampleur des besoins encore non satisfaits, le caractère paradoxal, au vu de ces besoins, de la sous-consommation des crédits de la CNSA et de leur redéploiement pour construire l'ONDAM, voire pour en restituer une part à l'assurance maladie comme en 2009.

✳ **L'articulation amont-aval du médico-social et du sanitaire**

La nécessité d'un rythme d'augmentation plus important de l'ONDAM médico-social et, plus généralement, des moyens consacrés à la perte d'autonomie, ne doit d'ailleurs pas être vue comme se réalisant au détriment du secteur sanitaire : il a été suffisamment souvent souligné que l'insuffisance d'une réponse médico-sociale quantitativement et qualitativement adaptée génère des surcoûts en amont dans le secteur sanitaire, notamment hospitalier, lorsque des séjours doivent se prolonger faute de solution d'aval. À l'inverse, l'insuffisance ou l'indisponibilité d'une offre de soins adaptée peut contraindre le médico-social à y suppléer dans de moins bonnes conditions. La bonne organisation des recours hospitaliers comme des sorties des établissements de santé, la capacité du système dans son ensemble à répondre de façon organisée aux situations d'urgence manquent aujourd'hui de coordination.

Le Conseil souhaite donc que les agences régionales de santé (ARS), par une analyse transversale des besoins et des facteurs de blocage comme par leur capacité de décision rassemblée dans la même main, assurent une réorientation de l'offre sanitaire vers le médico-social, là où les évolutions des besoins et des techniques le permettent et le justifient. Les ARS, ainsi que les ➤



➤ structures chargées d'accompagner la démarche d'efficience comme l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), devront privilégier, ce faisant, une approche globale du secteur, pour éviter que la poursuite des gains sur un segment de l'offre se fasse par report de charges sur un autre. C'est un risque permanent dans un champ aussi complexe où les règles tarifaires peuvent induire des optimisations purement comptables, au détriment de l'efficacité globale et de la qualité. Il faudra aussi être attentif à ce que le développement de l'offre médico-sociale ne se fasse pas seulement en vue de réorienter les personnes aujourd'hui maintenues de façon inadaptée dans les structures hospitalières, mais en tenant compte des besoins tout aussi légitimes de relais lorsque le maintien à domicile n'est plus possible.

L'articulation à organiser entre médico-social et sanitaire est particulièrement nécessaire dans certaines situations, par exemple :

• **Les personnes âgées**

Les conditions d'une bonne continuité entre prise en charge sanitaire et prise en charge médico-sociale (du sanitaire vers le médico-social, et du médico-social vers le sanitaire) sont encore largement à définir, à la fois dans les instruments de planification (la déclinaison du projet régional de santé et de son volet médico-social sera essentielle sur ce point), mais aussi par une réflexion sur les bonnes pratiques d'organisation et une diffusion de ces travaux.

Il sera notamment essentiel de faire progresser la réflexion sur la place respective de l'hôpital, des

EHPAD et des services d'aide et de soins à domicile dans la réponse aux besoins des personnes âgées. En effet, la population accueillie plus tardivement dans les EHPAD a fortement évolué ces dernières années, avec des besoins sanitaires accrus. L'EHPAD doit rester un lieu de vie et d'accompagnement, y compris de personnes moins dépendantes mais pour lesquelles certains facteurs (isolement géographique, social, entrée du conjoint en établissement...) constituent un risque d'accélération de la perte d'autonomie, et non pas devenir un hôpital gériatrique annexe. Cela suppose une réflexion sur les besoins territoriaux et les modalités de coopération des EHPAD avec les ressources sanitaires (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs, professionnels libéraux, etc.) mais aussi avec les services d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'une réflexion sur l'évolution du modèle même des EHPAD. Le débouché concret des travaux en cours sur le rôle du médecin coordonnateur sera à cet égard particulièrement important, de même que les travaux concourant à l'organisation d'une véritable filière gériatrique organisée autour des besoins de la personne.

• **Les jeunes enfants**

La bonne coordination des moyens et des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales est également cruciale pour ce qui concerne le dépistage précoce des situations de handicap et la prise en charge des jeunes enfants. Une partie des conséquences d'un handicap détecté à la naissance ou aux premiers âges du développement de l'enfant peut être atténuée, voire évitée, si le dépistage est bien organisé et si les moyens de prise en charge et d'accompagnement sont disponibles et bien coordonnés. Outre l'intérêt premier pour l'enfant et sa famille de limiter ou d'éviter un handicap, c'est aussi un facteur d'optimisation économique du système.

• **Les personnes en situation de handicap psychique**

Le même besoin d'articulation existe pour ce qui est de la psychiatrie et du handicap psychique⁽⁹⁾ où la théorie (le rôle du secteur, la désinstitutionnalisation, la prise en charge sociale, la place de l'entourage) a souvent de la peine à se traduire dans la réalité. La reconversion hospitalière ne peut se concevoir comme une réduction de capacités sous la contrainte financière, sans évaluer en même temps les moyens qui doivent être mis en œuvre pour que les situations qui ne sont plus prises en charge au long cours en hôpital psychiatrique trouvent

une solution à l'extérieur. Et la dimension particulière de la maladie mentale, qui peut toujours connaître des phases successives de stabilisation et de crise, rend essentielle la bonne articulation des moyens, souvent en urgence. C'est un domaine où les ARS auront tout particulièrement besoin de coordonner leur action tant sanitaire que médico-sociale avec les politiques sociales : logement, emploi, revenu minimum, etc.

• **Les personnes atteintes de maladies chroniques**

La part des maladies chroniques dans la prise en charge sanitaire augmente et augmentera, en parallèle des progrès thérapeutiques et de l'allongement de la durée de vie, et les sociétés modernes sont confrontées à des maladies chroniques qui sont les conséquences de notre mode de vie et de notre environnement, ce qu'illustre notamment la part croissante des exonérations pour affections de longue durée dans les remboursements de l'assurance maladie.

De ce fait, les situations de handicap consécutives à un problème de santé seront elles aussi plus nombreuses, comme l'ont déjà mis en lumière certains plans de santé publique (accidents vasculaires cérébraux, cancer...). Les institutions sanitaires devront ainsi être en mesure d'anticiper le besoin médico-social à venir dès la phase aiguë du traitement de la pathologie, si l'on veut éviter une prolongation inutile des séjours ou des sorties mal préparées ; comme les établissements et services médico-sociaux devront savoir organiser le recours à une prise en charge sanitaire⁽¹⁰⁾. Cela appelle encore une réflexion sur la coordination des interventions des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, autour de la personne ; réflexion qui doit inclure le plus tôt possible une dimension préventive des conséquences de la maladie via l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, partagée entre tous les acteurs. Les institutions médico-sociales, notamment les MDPH, devront se mettre en situation de répondre aux demandes de compensation de la perte d'autonomie d'une population, quel que soit son âge, qui ne sera pas la plus traditionnelle du handicap.

★ **Le rôle des collectivités locales**

Dans cet effort d'ouverture sur d'autres acteurs, les ARS devront articuler leur action avec le rôle particulier des collectivités territoriales dans l'organisation des réponses aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie.



(9) Le handicap psychique a été reconnu en tant que tel par la loi du 11 février 2005, à égalité avec les altérations des fonctions physiques, sensorielles, mentales ou cognitives, ou d'un trouble de santé invalidant, dès lors que la maladie mentale a pour conséquence une limitation d'activité ou une restriction de la participation à la vie en société subie par une personne (article L. 114-1 du CASF).

(10) Les notions « d'amont » et « d'aval » ne doivent pas être considérées de façon univoque, comme cela est trop souvent le cas.

► Si les collectivités locales conduisent déjà des interventions dans le champ sanitaire – protection maternelle et infantile (PMI), par exemple –, ce rôle est relativement limité. Ce n'est pas le cas dans le champ médico-social, largement partagé avec les départements et avec certaines municipalités, notamment les plus grandes, là où les CCAS et les CIAS ont un rôle important. La loi HPST, avec la place qu'elle reconnaît aux représentants des collectivités locales dans les instances des ARS par la création d'une commission de coordination médico-sociale, a pris en compte l'importance de cette articulation, notamment au niveau des programmations. Ainsi, la mise en pratique de cette coordination des programmations sera une condition indispensable à la mise en œuvre des appels à projets toutes les fois que les établissements et services sont cotarifés. Cette coordination devra trouver aussi son application dans la détermination des territoires de santé⁽¹¹⁾ par l'ARS qui, pour le Conseil de la CNSA, devra trouver sa cohérence avec les départements et les territoires d'action définis par leurs propres schémas d'action sociale.

* La logique de la solidarité nationale

Enfin, le Conseil de la CNSA souhaite que cette intégration forte des champs sanitaire et médico-social soit l'occasion de se poser à nouveau au niveau national les questions des logiques d'intervention de la solidarité nationale. Alors que la réponse aux besoins des personnes peut souvent relever de la même approche, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, l'histoire de la protection sociale aboutit aujourd'hui à une solvabilisation par la solidarité nationale très différente selon la catégorie juridique du service et la logique de son financement. Par exemple, l'intervention d'un SSIAD à domicile, parce qu'il agit sur prescription sanitaire, est gratuite pour le bénéficiaire, alors que l'aide à domicile solvabilisée par l'APA laisse un reste à charge rapidement très significatif, en fonction des ressources.

Le Conseil souhaite que le débat annoncé sur la perte d'autonomie soit l'occasion de renouveler ces questions, en privilégiant la cohérence de réponses de progrès social. Il rappelle notamment que, dans le champ médico-social, les réponses apportées à des situations identiques de perte d'autonomie ne trouvent toujours pas la même réponse, en fonction de la « barrière d'âge » des 60 ans.

Il souligne aussi que le choix qui a été fait de confier aux conseils généraux une part importante de l'organi-

sation et du financement des réponses aux besoins des personnes âgées et handicapées exige que les concours nationaux apportés par la CNSA soient répartis de la façon la plus équitable et suffisants pour que certains départements ne soient pas conduits, sous la contrainte financière, à fragiliser l'accès aux droits à compensation de la perte d'autonomie.

Le Conseil souligne, enfin, l'importance d'un pilotage rassemblé au sein de la CNSA des financements nationaux dédiés à l'aide individuelle à l'autonomie et des crédits d'assurance maladie consacrés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. Cette gouvernance originale traduit la volonté du législateur de porter au niveau national un regard décloisonné sur l'ensemble des réponses apportées aux personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie, quels que soient leur âge, leur lieu de vie et l'organisation des soins de toute nature qui leur sont apportés. Le Conseil rappelle son attachement à ce modèle institutionnel, qui a favorisé depuis cinq ans le développement d'une politique d'aide à l'autonomie distincte d'une approche par public spécifique et a permis l'émergence de la notion d'un « nouveau champ » de protection sociale. Interlocutrice à la fois des conseils généraux et des agences régionales de santé, la CNSA dispose de la position et des outils nécessaires pour veiller aux articulations des politiques sociale, médico-sociale et sanitaire à destination des personnes âgées et handicapées. Le Conseil souhaite donc qu'elle assure, au sein du Conseil national de pilotage des ARS, une fonction particulière de veille et d'appui à la bonne articulation et aux décloisonnements à l'œuvre dans les régions entre les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales.

(11) Article L.1434-16 – « L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soin et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. »

99

02

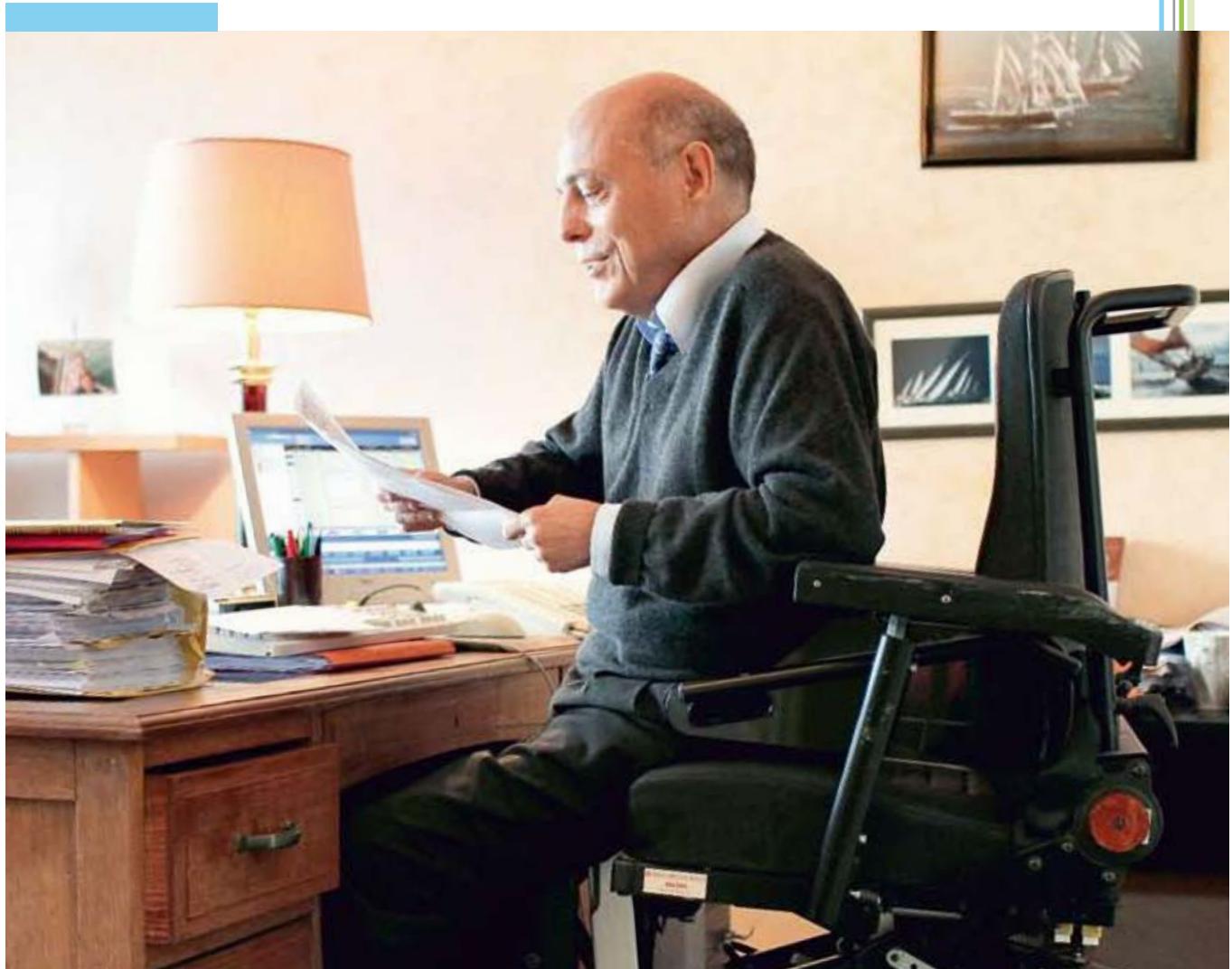
PARTIE



EXÉCUTION DU BUDGET



CHAPITRE 1 *	LE BUDGET EXÉCUTÉ 2009 SECTION PAR SECTION	32
CHAPITRE 2 *	LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2009	
	La CNSA face à la crise financière	38



CHAPITRE 1

LE BUDGET EXÉCUTÉ 2009 SECTION PAR SECTION

D'un montant supérieur à 18 milliards d'euros en 2009, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. L'examen par le Conseil de l'exécution de ses six sections permet d'alimenter le débat public sur tous les aspects des politiques ainsi financées.

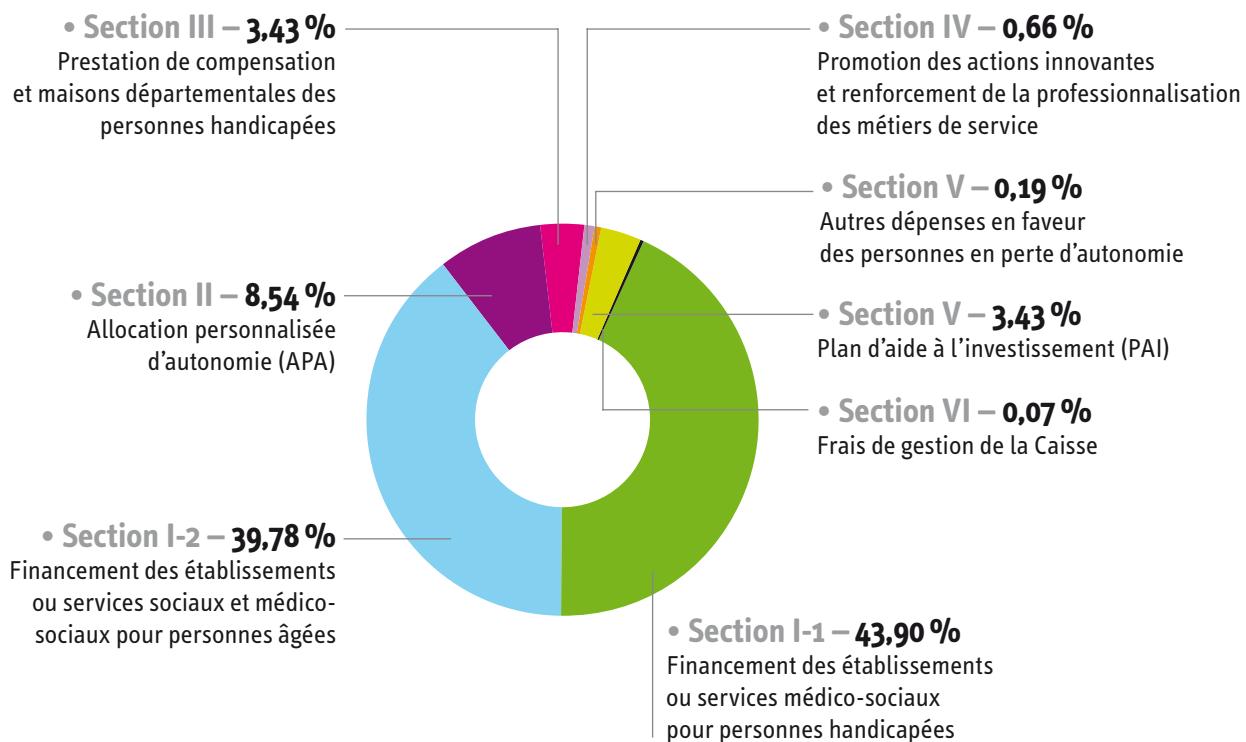


Les ressources de la CNSA proviennent principalement de deux origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), votés dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale; et des ressources propres constituées par la Contribution solidaire pour l'autonomie (CSA – la « journée de solidarité » instaurée par la loi du 30 juin 2004) et une fraction (0,1 %) de la contribution sociale généralisée (CSG). Les premiers constituent 77 % des produits de 2009 et les ressources propres 18 % (le solde provenant de ressources diverses, reversements de l'assurance vieillesse, produits de trésorerie et mobilisation de provisions).

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la Caisse en six sections distinctes. Les cinq premières sections retracent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA; la sixième est consacrée aux dépenses de gestion de la Caisse. Trois sections sont subdivisées en sous-sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées). La loi précise également les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles.

La description de l'exécution du budget 2009, section par section, est complétée, dans le deuxième chapitre de cette partie, par une présentation des ➤

Budget exécuté 2009 – répartition des dépenses par section budgétaire



► principaux impacts de la conjoncture économique et financière et la façon dont le budget de la CNSA a pu contribuer aux réponses apportées par le Gouvernement à cette situation difficile.

Le budget 2009 a été fixé en octobre 2008 à 18 331 M€, en croissance de 10,3 % par rapport au budget exécuté 2008. Il a fait l'objet d'une modification le 31 mars 2009 permettant notamment de tenir compte de la révision des prévisions de recettes. Il se clôt à 18 126 M€. Les chiffres ci-dessous sont issus de la clôture des comptes⁽ⁱ⁾.

Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux

(15 319 M€ en 2009, soit 84,51 % du budget de la Caisse)

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

La somme de ces deux contributions financières est dénommée Objectif global de dépenses (OGD).

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (8 036 M€, soit une croissance de 3,95 % par rapport à l'exécution 2008).

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 2009, cette part a été maintenue à 14 %, comme en 2008 soit 308,9 M€;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 7 727 M€ (montant fixé par arrêté du 20 mars 2009).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 8 010 M€, dont 314 M€ (3,9 %) de contribution de la CSA.

Outre le financement des établissements et services pour personnes handicapées, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques : l'abondement d'un fonds de concours de l'Etat au titre des groupes d'entraide mutuelle (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 24 M€, ainsi que le cofinancement, pour 0,7 M€, de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007, 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€.

Cette sous-section dégage en 2009 un excédent de 69,3 M€, lié à une sous-consommation de l'OGD constatée de 91 M€.

La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (7 282,6 M€, en progression de 13 % par rapport à l'exécuté 2008).

Les ressources de cette sous-section proviennent :

- d'une fraction de 40 % du produit de la Contribution de solidarité pour l'autonomie, soit 882,4 M€;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 6 417 M€, montant initialement fixé par l'arrêté interministériel du 20 mars 2009, ramené à 6 267 M€, soit 150 M€ de moins, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (*cf. chapitre 2 de cette partie*).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes âgées s'établit à 7 592 M€, dont 898 M€ (11,8 %) de contribution de la CSA (montant fixé par arrêté du 20 mars 2009).

Cette sous-section finance également, au même titre que la sous-section I-1, le budget de l'ANESM pour 1,1 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 dégage en 2009 un déficit de 132,7 M€, alors que la sous-consommation de l'OGD personnes âgées constatée est de 340 M€.

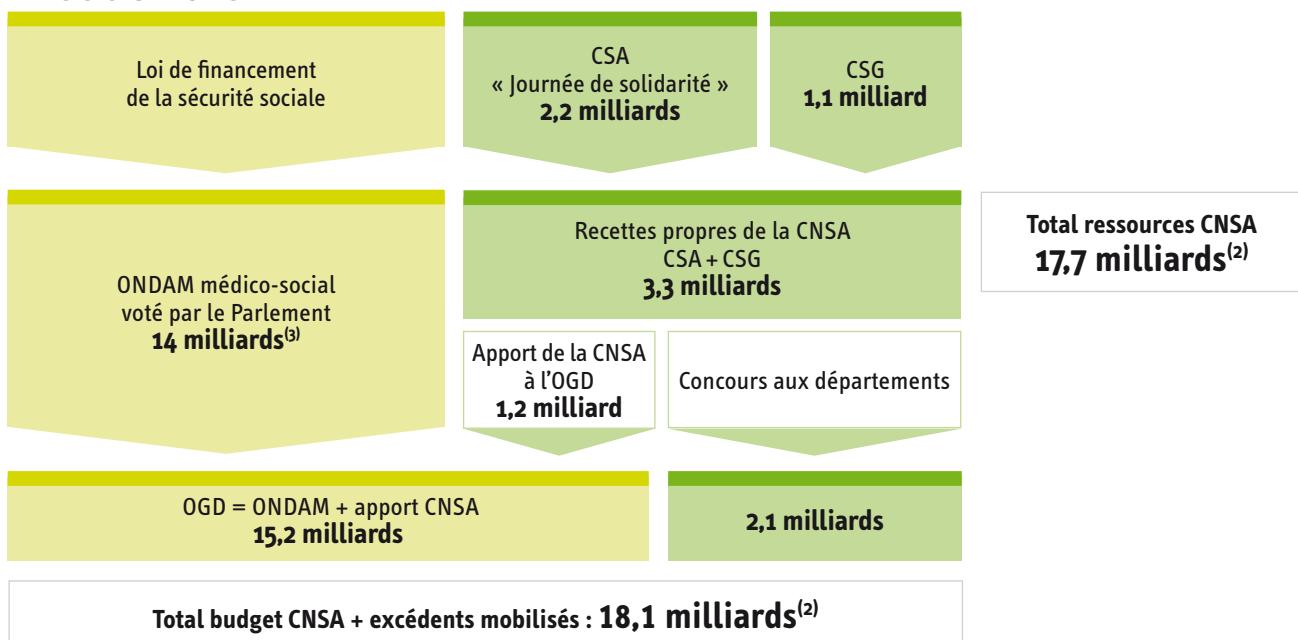
Le résultat 2009 de la section I s'établit à – 63,4 M€, alors même que l'OGD est sous-consommé à hauteur de 431 M€ (contre 509 M€ en 2008), la construction initiale du budget de la section I ayant été prévue ►

(i) Le budget exécuté 2009 a été approuvé par le Conseil du 30 mars par 53 voix, le GR31 (composé des associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service), les organisations syndicales représentant les salariés et certains conseils généraux ne prenant pas part au vote. Une majorité des membres du Conseil a par ailleurs exprimé le vœu suivant : « *Il ne peut être accepté que les crédits issus de la suppression du jour férié et de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) soient distraits des objectifs fixés initialement au service des personnes âgées et des personnes handicapées* ». Ce vœu a été adopté.

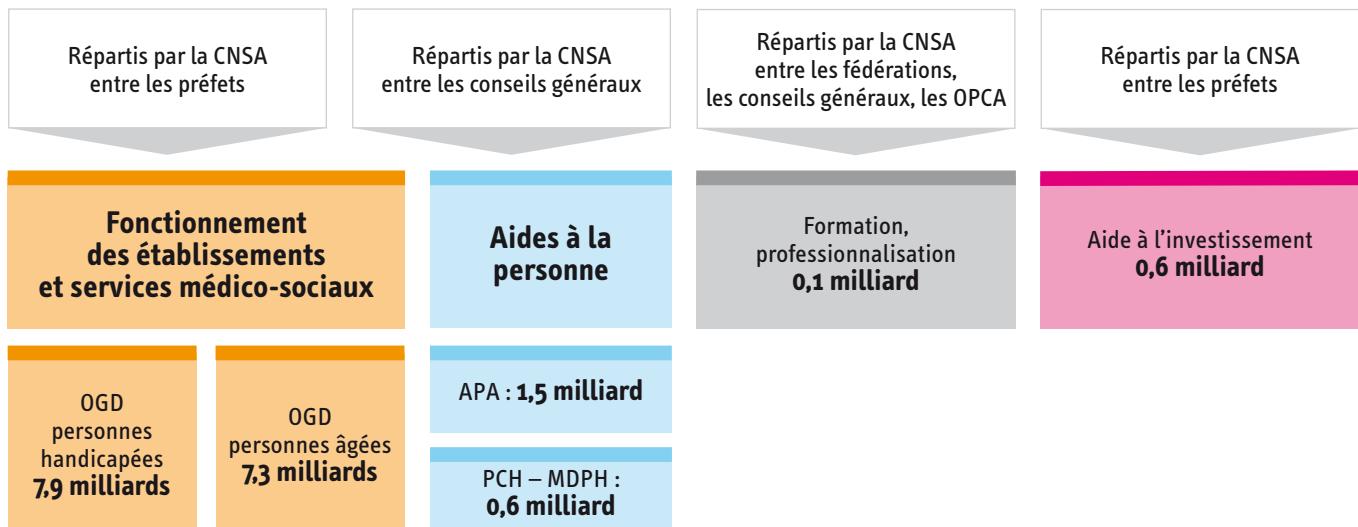
* Principaux crédits gérés par la CNSA (en €)

Budget exécuté 2009 – Conseil du 30 mars 2010

RESSOURCES



EMPLOIS



(2) Ces montants comprennent divers autres financements et ajustements comptables.

(3) Après restitution de 150 millions d'euros à l'assurance maladie selon la loi de financement de la sécurité sociale 2010.

► en déficit financé par appel aux réserves, à hauteur de 262 M€. Cette sous-consommation s'explique elle-même par des évolutions contrastées sur les deux sous-sections :

- une nette diminution de la sous-consommation de l'OGD personnes âgées, qui passe de 539 M€ (8,9 % de l'OGD) en 2008 à 339 M€ (4,7 % de l'OGD) en 2009 ;
- le passage d'une surconsommation de l'OGD personnes handicapées en 2008 (+30 M€) à une sous-consommation de 91 M€ en 2009 (1,1 % de l'OGD), ce renversement apparent de tendance s'expliquant par un fort réajustement à la baisse (-147 M€) des provisions constituées en fin d'exercice par les régimes d'assurance maladie⁽⁴⁾ du fait d'une surestimation des provisions comptabilisées en 2008. Abstraction faite de cette écriture comptable, la tendance d'un dépassement de l'OGD personnes handicapées se confirme en 2009.

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

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1 563,1 M€, soit une diminution de 4,6 % par rapport à l'exécution 2008.

Il est principalement constitué de :

- 20 % des ressources de CSA, soit 441,2 M€ ;
- 94 % des ressources de CSG, soit 1 033,4 M€ ;
- 65,8 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse ;
- 22,7 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers de 2009).

Le montant du concours APA résultant des ressources affectées s'élève à 1 563,1 M€, compte tenu du financement sur cette section du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées : 10 137 €), mis à la charge de la CNSA en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Cette section est directement impactée par la baisse des recettes de CSA et de CSG (-3,3 % en 2009 par rapport à 2008) et la forte diminution des produits financiers (-26,8 %) essentiellement due à la baisse des taux court terme.

Section III – Les 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 611,8 M€, en recul de 3,6 % par rapport à 2008, qui se répartissent principalement ainsi :

- 26 % des ressources de CSA, soit 573,6 M€ ;
- 22,7 M€ de produits financiers (50 % des produits financiers de 2009).

En plus du concours PCH de 509,7 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 31 mars 2009 à 60 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 22,8 M€ ;
- du congé de soutien familial en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Aucune dépense relative aux personnes handicapées n'a été constatée en 2009.

Elle abonde également la section V à hauteur de 10 M€, pour le soutien aux études, recherches et actions innovantes à destination des personnes handicapées.

Comme la section II, cette section est directement impactée par la baisse des recettes de CSA et de CSG et la diminution des produits financiers.

Elle présente au final un déficit de 15 M€ en raison du financement additionnel de 15 M€ décidé pour les MDPH et prélevé sur les réserves.

Section IV – Le financement des actions innovantes et le 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 interministériel à 6 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 66 M€.

(4) Ces provisions correspondent à l'estimation des facturations des prix de journée dus par l'assurance maladie au titre de l'année en cours et non encore reçues ou liquidées par les caisses.

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.

Au final, la section IV dégage un excédent de 49,9 M€.

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

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

- le soutien à des actions innovantes ;
- les études et recherches, notamment celles correspondant aux axes préconisés par le Conseil scientifique ;
- les coopérations structurelles à conduire avec d'autres organismes nationaux ou internationaux intervenant dans le domaine de la perte d'autonomie.

Les ressources de la section V s'élèvent à 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 de l'investissement immobilier 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 2009, a été décidé un plan d'aide à l'investissement de 330 M€ notifié à hauteur de 326 M€ (99 %), dont 228,8 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées et 97,2 M€ en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

Par ailleurs, l'année 2009 a également été marquée par le provisionnement du solde des opérations identiques d'aide à l'investissement inscrites dans les contrats de projet État-régions (CPER) sur la période 2010-2013 pour un montant de 135 M€.

Enfin, cette section retrace également des dépenses non pérennes relatives aux plans de modernisation des établissements médico-sociaux décidés en 2006, 2007, 2008, pour la part des subventions dont l'exécution se poursuit en 2009.

La section V présente un déficit de 445,6 M€, reflet du financement du plan d'investissement 2009 au moyen de ses réserves.



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

Les crédits affectés à cette section (17,1 M€, soit 0,09 % 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. La consommation n'a cependant été que de 13,7 M€.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (13,1 %), les dépenses de fonctionnement courant (18,4 %), les dépenses de personnel (60,0 %) et les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (8,5 %).



CHAPITRE 2

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2009

La CNSA face à la crise financière

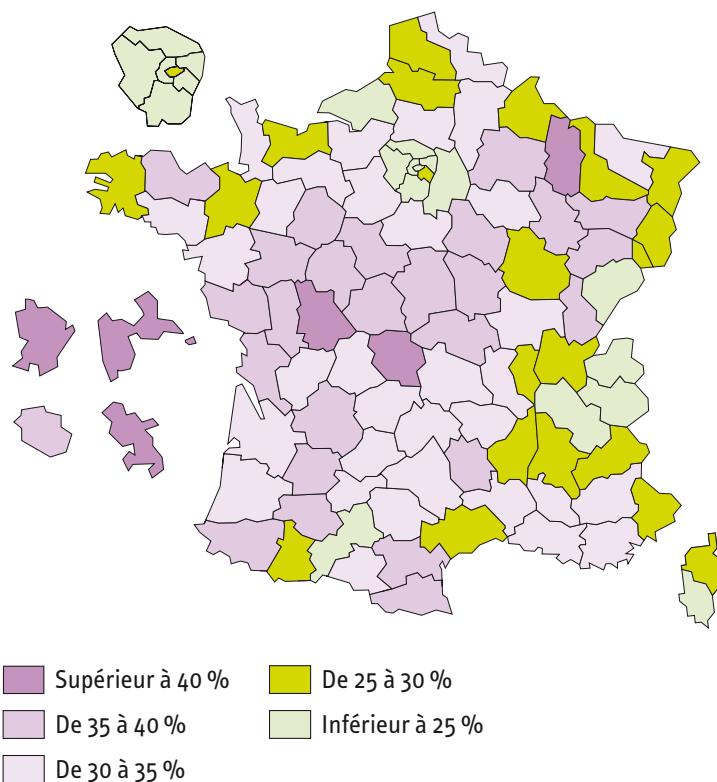
L'exécution du budget 2009 de la CNSA a été marquée par le contexte économique dégradé. Les recettes propres se sont réduites, sous l'effet de la baisse de la masse salariale et des revenus du patrimoine. Du côté des dépenses, la Caisse a été appelée à contribuer, dans son domaine d'action, aux mesures de soutien à l'économie.



UNE BAISSE DES RECETTES PROPRES DE LA CNSA AU DÉTRIMENT DES BUDGETS DES CONSEILS GÉNÉRAUX

La majeure partie (80 %) des recettes de la CNSA, la CSG et la CSA, est assise sur la masse salariale. Le ralentissement économique entraîne mécaniquement une diminution du rendement de ces contributions, collectées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à destination du budget de la Caisse. La

Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux APA 2009



crise économique a aussi impacté fortement ces mêmes contributions pour la part assise sur les revenus du patrimoine.

Le budget primitif 2009, voté le 14 octobre 2008, avait été élaboré à partir des prévisions de recettes présentées au moment de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008 ayant servi de base au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il prévoyait 3,514 M€ de produits de la CSA et de la CSG.

Dans le courant de l'année 2009, suivant les révisions des hypothèses macro-économiques émises par le Gouvernement dès fin 2008, la CNSA a procédé à trois reprises à celle de ses recettes de CSA et de CSG.

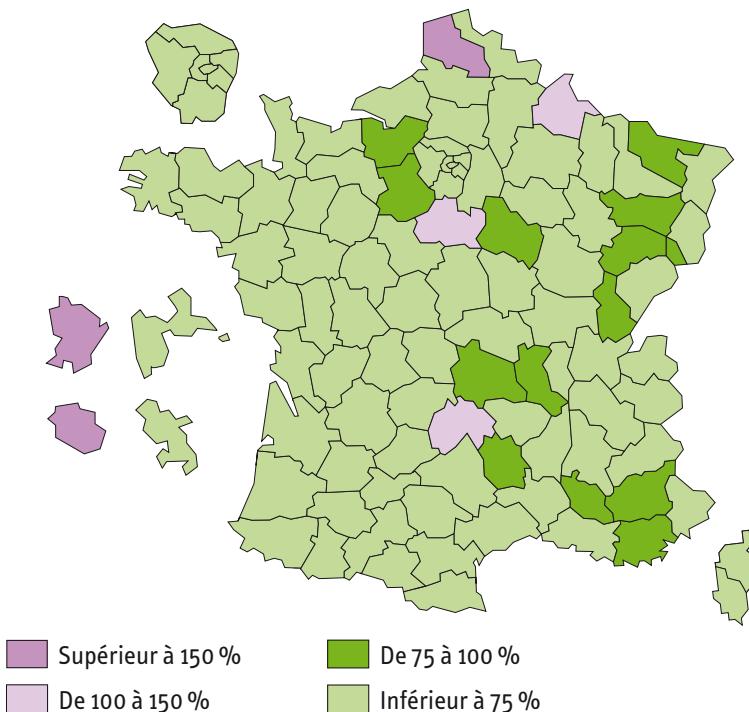
Ces prévisions de recettes ont été réduites une première fois de 149 M€ lors du Conseil de mars 2009 (-4,2 %), les nouvelles perspectives d'évolution du PIB retenues dans le cadre du projet de loi de finances rectificatif pour 2009 étant alors estimées à -1,5 %, contre une fourchette de +0,2 % à +0,5 % lors de la loi de finances initiale.

Après avoir de nouveau été réduites de 71 M€ (-2,1 %) en octobre 2009 dans le cadre des hypothèses de la commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2009, elles s'établissent finalement à 3 305 M€, soit un niveau de recettes propres sensiblement inférieur à celui de 2008 (-3,3 %).

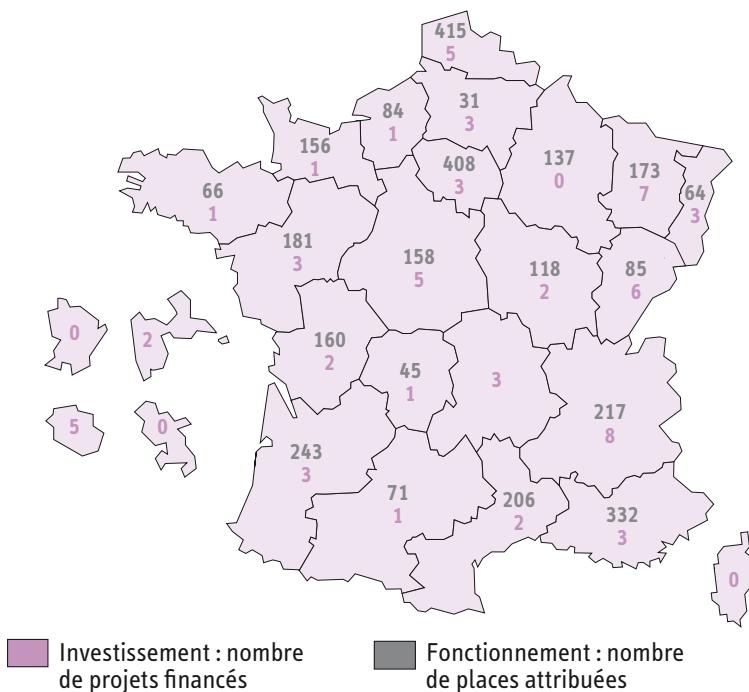
Cette baisse des recettes s'est traduite par une diminution des concours de la CNSA aux conseils généraux au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), -3,2 % par rapport au concours 2008, et de la prestation de compensation du handicap (PCH), -7,5 % par rapport aux concours 2008. Informés dès le Conseil de la CNSA, en mars, de la révision prévisionnelle de ces concours, les conseils généraux ont fait part, lors du Conseil du 17 novembre 2009, de leur vive inquiétude face à l'érosion du taux de couverture des dépenses d'APA et de PCH alors même que ces prestations continuent de progresser de façon soutenue :

- bien que se ralentissant par rapport à 2008 (+ 6,6 %), le rythme de croissance des dépenses d'APA se ➤

Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux PCH 2009



Plan de relance 2010-2012 – investissement et fonctionnement



► maintient encore à des niveaux élevés (entre 5 et 5,5 %, pour une prévision de dépenses dépassant certainement 5,1 milliards d'euros⁽¹⁾). Le taux de couverture moyen reculerait d'un peu plus de 2 points pour s'établir à environ 30 % ;

- le taux de progression des dépenses de PCH serait de près de 45 % en 2009 ; les dépenses devraient dépasser pour la première fois le montant du concours de la CNSA pour atteindre 825 M€, le taux de couverture moyen tombant à 61 %.

Pour les deux prestations, les situations départementales sont très contrastées (cf. cartes p.39 et 40).

Cette baisse des concours de la CNSA intervient dans un contexte de dégradation importante des finances des départements, du fait notamment de la baisse des droits de mutation, due au très fort ralentissement du marché de l'immobilier.

La majoration de 15 M€ de la dotation de la CNSA au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a été reconduite en mars 2009, la portant ainsi à 60 M€. Cette augmentation du concours vise à faire face à l'augmentation de la charge des MDPH sur deux points : l'ouverture du droit d'option entre la PCH et les compléments d'AEEH pour les enfants ; la mise en œuvre du pacte pour l'emploi des personnes handicapées annoncé par le président de la République le 10 juin 2008, prévoyant notamment l'examen systématique de la reconnaissance de qualification de travailleur handicapé lors des demandes d'AAH. Cette augmentation du concours aux MDPH a été financée par un prélèvement sur les excédents de la section I afin de préserver le concours PCH versé aux départements.

LA PARTICIPATION AU PLAN DE RELANCE DE L'ÉCONOMIE

Le Gouvernement a souhaité faire bénéficier le secteur médico-social du plan de relance de l'Économie annoncé au début de l'année 2009.

Le premier volet du plan de relance dans le secteur médico-social a porté sur l'investissement dans les établissements : le volume du plan d'aide à l'investissement 2009 de la CNSA a été majoré de 70 M€ et ainsi été porté à 330 M€ à l'issue de la séance du Conseil de la CNSA du 31 mars 2009.

(1) Les données définitives seront disponibles en avril 2010.



Sur 299 projets proposés par les préfets de région, 70 ont été retenus sur la base des critères de sélection fixés, comportant notamment, dans le but de soutenir l'activité, une date de démarrage des travaux au premier semestre 2009 pour un montant total d'aide de 70,07 M€ et un coût total de travaux de 467,1 M€. L'impact estimé de ces opérations d'investissement sur le secteur du BTP correspond à la préservation ou à la création de 5 336 emplois⁽²⁾. Vingt-deux régions en bénéficient (cf. carte p. 40). Le deuxième volet du plan a concerné l'augmentation des enveloppes anticipées de création de places nouvelles : ce sont ainsi 6 200 places supplémentaires (5 000 places

en EHPAD et 1 200 en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisés pour les personnes handicapées) qui pourront être ouvertes entre 2010 et 2012.

OGD 2009 ET 2010 : UNE CONTRIBUTION À L'EFFORT DE MAÎTRISE DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La section I du budget de la CNSA, qui retrace l'ensemble des crédits destinés au fonctionnement ►►

(2) L'impact sur l'emploi est estimé sur la base de la note du MEDDAT transmise par le cabinet du ministre délégué à la Relance, qui retient le ratio de 11,6 emplois ETP créés par million d'euros de travaux de bâtiment.

►► des établissements et services médico-sociaux constituant l'objectif global de dépenses (OGD), est caractérisée par une importante sous-consommation⁽³⁾, même si celle-ci a tendance à se réduire.

La sous-consommation de l'OGD était en moyenne de 400 M€ par an sur la période 2006-2008 et a atteint 509 M€ en 2008. Ses facteurs explicatifs sont bien connus et proviennent principalement des délais de mise en œuvre effective des projets dans le cadre d'un régime juridique qui subordonne l'autorisation à la disponibilité des crédits (article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles).

Une mission a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances par les ministres du Travail, de la Santé et du Budget pour analyser les causes structurelles de la sous-consommation et proposer des moyens d'en prévenir le renouvellement (*cf. partie 3 de ce rapport, au chapitre 3*). Les travaux conduits en septembre 2009 par la CNSA à partir des résultats d'une enquête menée par la mission auprès de l'ensemble des DDASS ont estimé la sous-consommation prévisionnelle pour 2009 à 300 M€⁽⁴⁾.

Compte tenu du contexte de dégradation rapide de l'équilibre financier de l'assurance maladie, l'OGD 2010 a voulu tirer les conséquences du constat de l'existence de crédits disponibles dans les enveloppes départementales, résultant d'engagements non encore réalisés. L'objectif est d'ajuster au mieux la concordance entre engagements budgétaires et réalisation financière. Si la réduction du risque de sous-consommation sur l'exercice 2010 passe par la poursuite des efforts engagés depuis 2006 pour lever les obstacles à l'engagement rapide des crédits et à l'installation des places (mécanisme des enveloppes anticipées, appui à l'investissement...). Elle a motivé fin 2009 une opération de « nettoyage » de la base de l'OGD afin de n'y maintenir que les crédits nécessaires à l'exécution des engagements devant se réaliser en 2010.

Deux retraitements ont donc été opérés :

- la restitution de 150 M€ de crédits à l'assurance maladie sur l'exercice 2009, correspondant à la moitié envi-

ron de la sous-consommation attendue et qui se traduit en 2010 par une suppression définitive de l'autorisation de dépenses à due concurrence de ce montant;

- la suppression temporaire de l'autorisation de dépenses à hauteur de 307 M€, correspondant à des crédits gagés sur des projets non encore installés et dont la mise en œuvre effective déclarée par les services déconcentrés interviendra postérieurement à 2010.

Ainsi, plutôt que d'alimenter les réserves disponibles de la CNSA, les 150 M€ de crédits restitués à l'assurance maladie sont venus soutenir les efforts de réduction des déficits de l'assurance maladie que les effets de la crise financière sur les prélèvements sociaux ont fortement aggravés. L'exécution du budget 2009 de la CNSA a ainsi contribué à la réduction des besoins de financement de la sécurité sociale en 2009⁽⁵⁾.

DES PLACEMENTS FINANCIERS OPTIMISÉS EN 2009

Les produits financiers générés par les placements de la trésorerie de la CNSA sont affectés, à parts égales, aux concours des sections II (APA) et III (PCH). La trésorerie de la CNSA est placée en valeurs d'État ou explicitement garanties par l'État. Un volant de trésorerie d'environ 200 M€, mobilisable à tout moment, est placé au jour le jour sur la Sicav monétaire du trésor.

Ces produits financiers avaient été estimés, lors du vote du budget prévisionnel 2009 en octobre 2008, à 60 M€. La dégradation des données économiques, constatée durant l'hiver 2008-2009, a conduit à réviser de façon très significative l'estimation des produits financiers résultant du placement de la trésorerie. Le Conseil du 31 mars 2009 avait ainsi entériné une réduction de moitié de cette estimation pour 2009 (- 30 M€).

Les rendements des produits financiers ont subi l'effondrement des taux à court terme. En effet, les placements de la trésorerie de la CNSA sont directement liés à l'évolution de la courbe des taux. En 2009, à titre d'exemples, le taux court terme Eonia (base de rémunération des billets de trésorerie de l'ACOSS) a chuté en moyenne

(3) La sous-consommation de l'OGD correspond à l'écart entre le montant de l'OGD et les versements effectués par les caisses d'assurance maladie aux établissements et services.

(4) La sous-consommation finale s'est établie à 430 M€ pour les raisons évoquées supra (*cf. chapitre 1*).

(5) Lors du Conseil de mars 2009, un certain nombre de membres du Conseil de la CNSA avaient rappelé leur demande de voir la totalité des crédits engagés entièrement consacrés à leur mission initiale de financement et de création d'établissements et de services pour personnes âgées, et de renforcement du nombre de professionnels. Ils avaient proposé, sans que cette proposition soit retenue, que ces crédits non consommés soient destinés, en mesures non reconductibles, à compenser les baisses de crédits prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, d'une part pour les établissements aux tarifs supérieurs au plafond, d'autre part pour le financement de la masse salariale de tous les établissements.



Vers la certification des comptes

Bien qu'elle ne soit pas soumise à une obligation en la matière, la CNSA, conformément à l'objectif de transparence des financements qu'elle gère, a engagé en 2009 une démarche qui doit la conduire à la certification de ses comptes à horizon de deux ans sur une base volontaire. Les exigences particulières qu'impose une telle perspective ont été intégrées à la conduite des différents chantiers ayant pour objectifs une plus grande efficacité des opérations, l'utilisation efficiente des ressources et une prise en compte appropriée des risques.

Le nouveau logiciel comptable et financier

La CNSA avait hérité du logiciel comptable et financier mis en place par le Fonds de solidarité vieillesse pour la gestion du Fonds de financement de l'APA (FFAPA) depuis la création de l'APA. La décision de changer de logiciel comptable et financier était motivée par les limites rencontrées par un produit bâti dans les années 1990. Les travaux qui ont accompagné l'installation de ce nouvel instrument ont permis de mettre l'accent sur la restitution des informations et le suivi budgétaire. Testé au dernier trimestre 2009, il est opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2010.

Le lancement de la démarche de contrôle interne

Si un premier effort de formalisation des procédures internes avait été conduit en 2007, il n'avait pas été prolongé par une démarche permanente et organisée de mobilisation des équipes autour de l'enjeu de la maîtrise des risques. La perspective de la certification des comptes a impulsé une démarche organisée de contrôle interne, baptisée Koru⁽⁶⁾. Elle s'est appuyée sur un premier tableau d'analyse des risques, d'identification des procédures prioritaires à revisiter et à formaliser plus avant. Cette démarche va se prolonger sur toute l'année 2010 et aussi en 2011. La CNSA a décidé de se faire accompagner par un cabinet spécialisé, évidemment distinct des organismes qui seront retenus pour certifier les comptes.

de 3,80 % à 0,75 %, le taux de rémunération des bons du trésor à 1 an de 3,60 % à 0,85 % et celui des bons du trésor à 2 ans de 3,65 % à 1,50 %. Ils n'ont toutefois diminué que d'environ 1 % sur l'ensemble de l'année (3,3 % contre 4,4 % en moyenne en 2008), en raison d'un volume non négligeable de produits déjà acquis, liés à des opérations engagées en 2008. Par ailleurs, une approche prudente mais dynamique a été déployée en 2009.

Malgré ce contexte, en termes de rendement global, les produits financiers n'ont toutefois diminué sur l'ensemble de l'année que de 27 %. La stratégie a notamment consisté à utiliser les nouvelles possibilités de placement ouvertes en juillet 2009 par les derniers

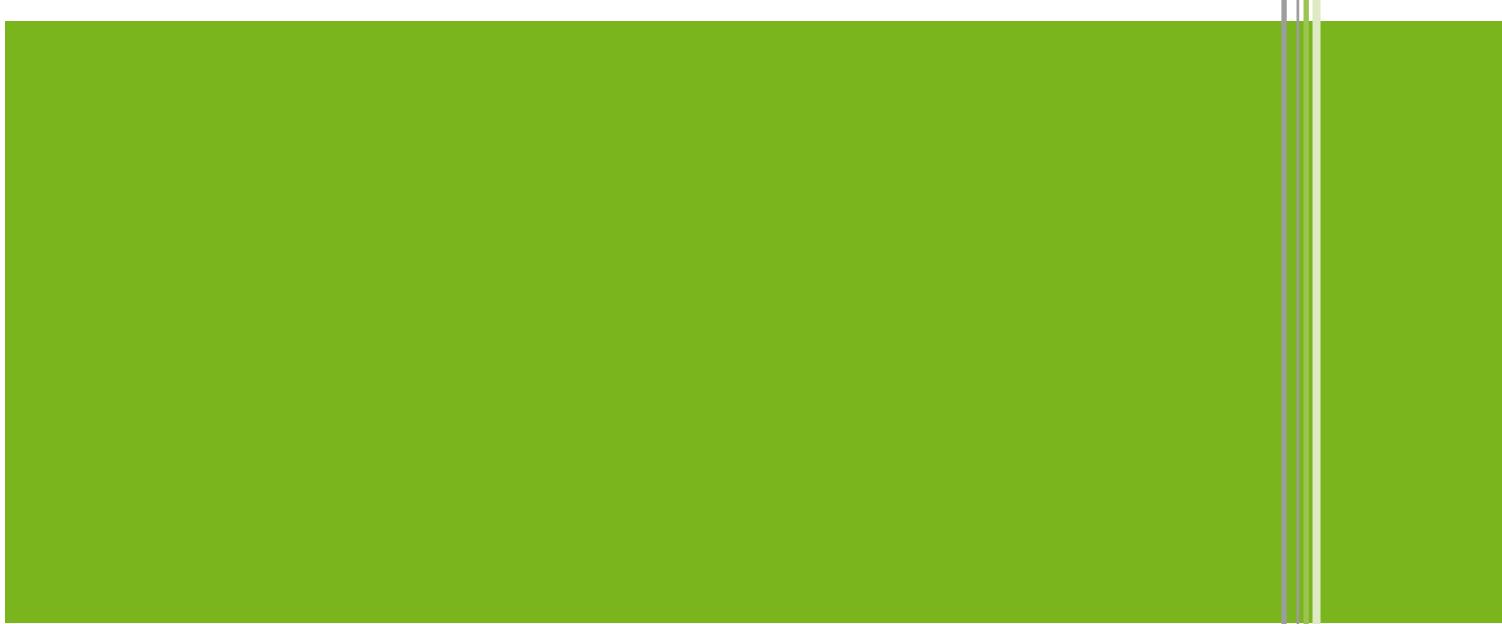
textes (article R 14-10-48 du code de l'action sociale et des familles), qui autorisent la CNSA à placer une partie de sa trésorerie auprès de l'ACOSS par l'achat de billets de trésorerie à court terme (1 à 3 mois), mais aussi à investir sur des obligations du trésor à moyen et long termes pour aller chercher des rendements allant jusqu'à 4,25 %.

Cette gestion dynamique a permis d'enregistrer des résultats meilleurs que ceux attendus avec des produits financiers atteignant 45,5 M€ sur l'année.

(6) Nom maori utilisé pour désigner la fronde de fougère jeune en train de se dérouler, il est souvent utilisé dans les arts comme symbole de la renaissance, de la croissance, de la force et de la paix. Il a été proposé dans le cadre d'un concours interne.

03

PARTIE



ACTIVITÉ



CHAPITRE 1 *	GOUVERNANCE DE L'AIDE À L'AUTONOMIE	
	Participer aux évolutions institutionnelles	46
CHAPITRE 2 *	PLANS NATIONALS DE SANTÉ PUBLIQUE	
	Ancrer l'autonomie au cœur de la démarche de santé ..	54
CHAPITRE 3 *	ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	
	Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre ..	60
CHAPITRE 4 *	MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES	
	Accompagner les missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes	72
CHAPITRE 5 *	AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES	
	Renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accompagnement	82
CHAPITRE 6 *	SYSTÈME D'INFORMATION ET RECHERCHE	
	Approfondir et diffuser la connaissance sur l'aide à l'autonomie	90



CHAPITRE 1

GOUVERNANCE DE L'AIDE À L'AUTONOMIE

Participer aux évolutions institutionnelles

Au-delà de la mise en œuvre des missions qui lui sont confiées par la loi, la CNSA a été appelée à contribuer aux réflexions relatives aux réformes institutionnelles intervenant dans son champ d'action. Les implications de ces évolutions pour le fonctionnement et les compétences de la Caisse seront prises en compte dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion, qui prendra en 2010 le relais de celle qui s'est achevée en 2009.



PARTICIPATION À LA CONCEPTION ET À LA MISE EN ŒUVRE DES RÉFORMES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), qui renouvelle profondément l'organisation du système de santé et rénove sa gouvernance, a été publiée le 22 juillet 2009 à l'issue d'un long processus de concertation mais aussi de travaux techniques importants qui ont mobilisé l'ensemble des administrations et organismes œuvrant dans ce champ.

La place du secteur médico-social dans les futures agences régionales de santé a longtemps été débattue. Si la conception de la santé portée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social* » – plaide en faveur de son intégration, nombre d'acteurs craignaient que le déséquilibre des enjeux financiers ne joue en défaveur du développement du secteur médico-social et que la vision biomédicale ne domine dans cette intégration.

La CNSA a été impliquée dans ces réflexions à partir du second semestre 2008, y compris son Conseil (voir chapitre 7 « *Consolider pour développer* » du rapport 2008 de la Caisse). En 2009, cette participation s'est intensifiée, tant au niveau de la définition du pilotage des agences régionales de santé (ARS) que de la déclinaison opérationnelle des réformes portées par la loi.

* Pilotage de la réforme

Chargé de la mise en place et de l'animation du dispositif de réflexion, le secrétaire général des ministères sociaux a conçu une organisation de projet à plusieurs niveaux, au sein desquels la CNSA a pris sa place.

Au niveau stratégique, un comité qui préfigure le futur Conseil national de pilotage (CNP) des ARS prévu par la loi a été créé dès le printemps 2008. Sa première mission a été d'accompagner la mise en place des dispositifs issus de la loi HPST tout en évitant que les processus en cours ne s'interrompent ou ne se dégradent. À l'issue de la réforme, le CNP coordonnera l'ensemble des instructions adressées par le niveau national aux ARS. Pour ce qui concerne le pilotage des moyens médico-sociaux, ce dispositif de coordination a dû être concilié avec la compétence confiée par la loi à la CNSA en la matière. Ainsi, le CNP sera saisi des orientations relatives aux principes de répartition entre les ARS des dotations régionales de l'OGD et des crédits des plans d'aide à l'investissement, avant examen par le Conseil de la CNSA.

Un comité opérationnel réunit tous les quinze jours les représentants des principaux directeurs d'administration et de caisse concernés et permet de coordonner les travaux des différents groupes. Il prépare les décisions qui sont soumises au comité exécutif.

La CNSA a également contribué aux travaux de différents groupes de travail sur les thématiques métiers jusqu'en septembre 2009 :

- le groupe « pilotage national », qui identifie les règles du dialogue de gestion entre le niveau national et les ARS, et le rôle de coordination du conseil national de pilotage ;
- le groupe « stratégie, projet régional de santé », chargé de l'élaboration du guide méthodologique pour la construction du projet régional de santé, qui a vocation à intégrer les différents outils actuels de planification et de programmation, dont les PRIAC, lequel a travaillé à un rythme mensuel pendant dix mois ; la participation à la définition des tableaux de bord et indicateurs régionaux de pilotage est également essentielle pour garantir la remontée de données utiles au pilotage des moyens médico-sociaux qui ont pris place dans la cartographie d'ensemble ;



- ▶ • le groupe « régulation », qui précise les leviers d'action des ARS en matière de régulation, les dispositifs d'autorisation des établissements et de contractualisation ;
- le groupe « action territoriale », qui doit mieux cerner le territoire de santé à partir duquel l'action des ARS sera structurée ; pour le médico-social, c'est le lien entre ces territoires de santé et l'échelon départemental qui constitue l'un des enjeux majeurs, en raison du partage des compétences sur ce champ avec les conseils généraux ;
- le groupe « démocratie sanitaire », chargé de réfléchir notamment au rôle et au fonctionnement des conférences régionales de santé et de l'autonomie ;
- un dernier groupe a précisé, au dernier trimestre 2009, les conditions de la continuité de service et les objectifs prioritaires 2010 dans la phase de transition, dans un contexte médico-social en mutation, notamment du point de vue tarifaire.

N'étant pas responsable des réseaux territoriaux (DRASS, ARH, CRAM) réunis au sein des ARS, la CNSA n'était pas directement concernée par les réflexions relatives aux fonctions supports, exception faite des systèmes d'information, qui sont un enjeu majeur pour l'avenir du pilotage des moyens gérés par la Caisse.

En ce qui concerne la conduite du projet global lui-même, au-delà de sa participation aux instances de pilotage du projet que sont le Conseil national de pilotage et le comité exécutif, la CNSA a également rejoint le groupe de travail sur la communication.

* Un projet pilote conduit par la Caisse : la définition des appels à projets

Plusieurs réformes de la loi HPST font l'objet de projets pilotes. La CNSA s'est vu confier la conduite de celui consacré à la nouvelle procédure d'appel à projets, qui remplace la procédure actuelle d'autorisation des établissements médico-sociaux par le préfet après avis des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Cette procédure renverse la logique institutionnelle en redonnant l'initiative de la définition des besoins aux autorités publiques. Elle doit toutefois préserver la participation des acteurs et l'innovation, qui ont été le moteur du développement du secteur médico-social.

Le projet pilote consiste à préparer la généralisation du nouveau régime d'autorisation des établissements à travers l'élaboration de recommandations opérationnelles et la définition des conditions de l'accompagnement à la conduite du changement.

Ce projet s'est déroulé d'avril 2009 à janvier 2010, avec l'assistance méthodologique d'un cabinet extérieur à partir du mois d'août 2009. Trois régions se sont portées volontaires pour participer au projet, chacune sur une problématique particulière : les Pays de la Loire ont testé la procédure sur le champ du handicap, la Bourgogne sur celui des personnes âgées tandis que la région Centre l'a mise en œuvre pour les deux secteurs. Le comité de pilotage du projet a réuni, au niveau national, la CNSA et la DGAS, les trois DRASS concernées, la CNAMTS et un représentant du Conseil général du Loiret ; au niveau local, les conseils généraux et CRAM accompagnaient les services de l'Etat et les fédérations gestionnaires ont été consultées.

Ce projet pilote a permis d'identifier les conditions et points de vigilance, parmi lesquels l'analyse territoriale partagée des besoins, notamment avec les départements, pour toutes les structures cotarifées, ainsi que la priorisation des actions à financer, qui auront d'ailleurs vocation à nourrir le volet médico-social du projet régional de santé. Il est apparu essentiel de mettre en place un pilotage national et un accompagnement dans la durée de la nouvelle procédure.

* L'impact de ces évolutions sur l'animation des structures territoriales

La mise en place des ARS renforce le niveau régional du pilotage des crédits médico-sociaux et des politiques qu'ils financent.

Première conséquence directe, la CNSA ne notifiera plus les crédits au niveau départemental mais au niveau régional, charge aux directeurs d'ARS d'utiliser l'enveloppe régionale dans le respect d'un objectif de réduction des écarts infrarégionaux. Le PRIAC, qui constituait le support de la stratégie régionale en matière de développement de l'offre, le demeure, tout en s'intégrant au programme régional de santé et à son schéma médico-social. Il va toutefois devoir être adapté pour tenir compte du nouvel environnement institutionnel, l'analyse des besoins relevant du schéma régional ; le PRIAC lui-même devient un outil plus opérationnel de programmation en constituant désormais la base des appels à projets qui en assureront la mise en œuvre.

La nouvelle procédure d'autorisation, via les appels à projets, ainsi que l'élaboration du projet régional de santé vont impliquer un renforcement de la concertation entre les ARS et les conseils généraux, concertation amorcée avec l'élaboration des PRIAC mais qui doit être approfondie en matière de diagnostic partagé de l'offre de services et des besoins d'un territoire. La CNSA sera



Une nouvelle gouvernance pour la politique du handicap au niveau national

À l'approche du cinquième anniversaire de la loi du 11 février 2005, la politique du handicap voit sa gouvernance nationale refondue.

Sous l'autorité du ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville et de la secrétaire d'État en charge de la Solidarité et des Personnes handicapées, la Direction générale de l'action sociale cède la place à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En son sein, les politiques à l'intention des personnes âgées et des personnes handicapées sont réunies dans une même sous-direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La délégation interministérielle aux personnes handicapées est supprimée.

La dimension interministérielle de la politique du handicap est désormais assurée par un Comité interministériel du handicap placé sous l'autorité du Premier ministre, par le décret n° 2009-1367 du 6 novembre 2009. Il est composé par tous les ministres concernés par la politique du handicap (Logement, Culture, Recherche, Travail, Sport, Défense, Anciens combattants, Collectivités territoriales...). Ainsi, tous les membres du Gouvernement peuvent être appelés à siéger au Comité. Son secrétariat général a été confié à Thierry Dieuleveux, de l'IGAS, placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de préparer les travaux et délibérations du Comité et de coordonner et suivre la mise en œuvre des décisions prises.

Est par ailleurs institué un Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle, par le décret n° 2010-124 du 9 février 2010. Il a pour mission d'évaluer et d'informer sur le degré d'accessibilité, d'assurer le suivi des progrès de l'accessibilité, en élaborant des indicateurs partagés, de mettre en évidence les difficultés et d'être un centre de ressources sur les bonnes pratiques en matière de mise en accessibilité et sur les normes d'accessibilité à respecter.

Ont été maintenus le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) et l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH), dont le secrétariat est assuré par le secrétaire général du Comité interministériel du handicap.

La CNSA est membre de ces trois dernières instances.

appelée à appuyer les acteurs locaux afin de favoriser la plus grande homogénéité méthodologique possible.

DES RELATIONS RENOUVELÉES AVEC LES CONSEILS GÉNÉRAUX

Les conseils généraux se sont vu confier par des lois successives (2001, 2002, 2004, 2005) des pans de plus en plus importants de la politique d'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est à ce titre qu'ils sont représentés au sein du Conseil de la CNSA, qui a vocation à rassembler l'ensemble des acteurs qui contribuent à ces politiques. Bénéficiaires des concours de la CNSA au titre du financement de

l'APA, de la PCH et des MDPH, ils sont liés à elle par une convention.

Le lien étroit qui existe entre la CNSA et les conseils généraux constitue l'une des particularités fortes de sa gouvernance que la convention d'objectifs et de gestion signée entre la CNSA et l'État en janvier 2006 a précisées. La CNSA a, « *dans le domaine de compétence défini par le législateur, un rôle d'appui aux départements en charge de la couverture de la perte d'autonomie et un rôle d'animation, d'échange d'expériences et de pratiques en direction des maisons départementales des personnes handicapées. (...) Elle veille à l'égalité de traitement sur le territoire tant dans la répartition de la ressource financière qu'en ce* »

► qui concerne l'évaluation des besoins et le traitement des demandes de compensation des personnes handicapées. » (...) « Elle veille à l'égalité de traitement en assurant la transparence sur les objectifs fixés, les progrès effectués et les résultats obtenus, dans une démarche de partenariat et de contractualisation avec les responsables concernés».

★ Élargir le champ des conventions passées entre la CNSA et les départements

Ces objectifs ont dicté le contenu des premières conventions d'appui à la qualité de service validées par le Conseil de la CNSA au cours de sa réunion du 4 juillet 2006 et conclues avec les cent conseils généraux dans le courant de l'année 2007. Celles-ci sont arrivées à échéance le 30 juin 2009.

Afin de préparer le renouvellement de ces conventions, un bilan du fonctionnement des échanges de données ainsi que des appuis apportés par la CNSA aux départements a été établi et présenté au Conseil du 31 mars 2009. Ce bilan fait apparaître un taux de retour sur les données mensuelles quasi exhaustif, et détaille l'ensemble des actions d'appui de la CNSA aux départements (les « jeudis pratiques » de la compensation, la formation, les rencontres pour une culture partagée, le questionnaire de mesure de la satisfaction des usagers, la simplification des formulaires, et les différents groupes techniques).

Le projet de nouvelle convention pour la période 2009-2012, validé par le Conseil de mars 2009, approfondit et élargit le cadre des relations entre la CNSA et les conseils généraux :

- tout d'abord, la convention porte des dispositions susceptibles d'accroître la transparence des échanges de données, à travers une synthèse nationale des questionnaires de satisfaction des usagers, sur des restitutions de données nationales « anonymisées » ; elle donne désormais la possibilité aux départements qui le souhaitent de partager la visibilité de leurs données d'activité. La grande majorité des départements l'ont demandée ;
- par ailleurs, la convention répond à la demande de plusieurs départements de rassembler dans un même document tous les éléments de relation avec la CNSA. À cette fin sont prévus des chapitres nouveaux sur l'échange des données financières relatives aux concours APA et PCH, sur l'existence ou le souhait de conclure une convention sur la modernisation de l'aide à domicile au titre de la section IV du budget de la Caisse, sur les modalités de recours aux financements de la section V dédiés au soutien à l'innovation et aux

études, et sur l'échange des éléments de base sur la programmation médico-sociale.

L'extension du champ des conventions à la totalité du champ d'action de la CNSA ne permet toutefois pas de couvrir l'ensemble des compétences des conseils généraux en matière d'autonomie : la loi ne confie pas à la CNSA de rôle d'animation et d'appui des départements ni en matière d'évaluation des besoins d'aide des personnes âgées, ni pour la construction des plans d'aide.

Les premières conventions ont été signées à partir de juillet 2009, à l'issue des rencontres bilatérales organisées par les équipes de la CNSA avec chaque conseil général. Au 31 décembre 2009, quatre-vingt-douze conventions avaient été signées.

★ Revisiter les critères de la péréquation financière des concours entre les départements

La péréquation financière est, avec l'animation et la diffusion des bonnes pratiques, le principal instrument de la CNSA pour favoriser dans le champ de la compensation individuelle l'égalité de traitement sur le territoire national.

Si les critères de cette péréquation sont fixés par la loi et leur pondération par décret en Conseil d'État, le Conseil de la CNSA doit donner son avis ; la Caisse peut également faire au Gouvernement et au Parlement toute proposition sur l'évolution des critères de répartition des concours financiers.

À l'issue d'une année de baisse de la contribution de la CNSA au financement des dépenses d'APA et de PCH (cf. partie 2 – chapitre 2), le Conseil de la CNSA a décidé d'engager, en novembre 2009, sur proposition de son président, une réflexion sur la répartition des concours, d'autant plus indispensable dans le contexte de réforme de la fiscalité locale.

Un groupe de travail sera mis en place au premier semestre de l'année 2010, avec les administrations concernées (Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Direction générale des collectivités locales) et l'Assemblée des départements de France.

DE NOUVEAUX PARTENAIRES INTERVENANT DANS LE CHAMP MÉDICO-SOCIAL

Première agence de référence du champ médico-social à sa création en 2004-2005, la CNSA avait été rejointe



en 2007 par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), issue du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, qui avait été institué par la loi du 2 janvier 2002 et dont la Caisse est membre. En 2009, les regards portés sur le fonctionnement du secteur dans une logique de qualité et d'efficience se sont enrichis. La nouvelle Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), créée par la loi HPST, et l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), voient leurs compétences étendues au-delà du strict champ sanitaire, pour embrasser les problématiques médico-sociales.

Signe qu'une approche large de la notion de santé se développe, intégrant l'aide à l'autonomie et la qualité de vie, cette évolution institutionnelle concerne directement la CNSA, à laquelle une place est réservée au sein de chacune de ces agences constituées sous forme de groupements d'intérêt public.

* Un partenariat renforcé avec l'ANESM

L'ANESM a été créée pour valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et organiser le processus de leur

évaluation interne et externe. En 2009, sa convention constitutive a été modifiée pour tirer les enseignements des premières années d'existence.

À la fois financeur des structures médico-sociales, garante du développement d'une offre de qualité et devant contribuer à l'approfondissement de la connaissance et de l'innovation dans le champ des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie, la CNSA était, dès sa création en 2008, l'un des membres fondateurs du groupement d'intérêt public ANESM. Avec la modification de la convention constitutive, sa participation financière au budget de l'agence, initialement fixée à 46,8 %, est désormais comprise entre 47 et 57 %. Le poids de la CNSA dans la répartition des voix au sein du conseil d'administration est passé quant à lui de 15 à 20 %.

Le schéma institutionnel de production des recommandations de bonnes pratiques répond à l'exigence de reposer sur un consensus scientifique qui implique d'assurer l'indépendance du processus d'élaboration des recommandations vis-à-vis des financeurs et des gestionnaires et professionnels concernés. Cela n'interdit pas, au contraire, que ces derniers participent à l'élaboration et au contenu de son programme de travail. Interpellés chacun à leur niveau par les ➤

►▶ problématiques du secteur, ils sont les plus à même d'identifier les priorités qui doivent faire l'objet des travaux de l'ANESM.

En ce qui concerne la CNSA, la participation active qu'elle a prise en 2009 à la définition des thèmes des recommandations à élaborer de 2010 à 2012 était également sous-tendue par l'idée d'articuler cette programmation avec la production des résultats des études soutenues par la CNSA, ces dernières ayant vocation à alimenter les travaux de l'ANESM.

Le partenariat entre l'ANESM et la CNSA a également pris en 2009 une tournure plus opérationnelle. L'agence a ainsi bénéficié du soutien financier de la CNSA dans le cadre de sa mission de promotion de la démarche d'évaluation. Cette collaboration a permis la tenue – en collaboration avec les fédérations – de dix journées interrégionales à partir de l'automne 2009 pour le déploiement des recommandations, portées par les acteurs du secteur, sous le pilotage de l'ANESM.

* L'ANAP au service de la performance du médico-social

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), créée par l'arrêté du 16 octobre 2009, a pour mission « *d'aider les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi et la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses* ».

Issue du regroupement de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers (MEAH) et du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), l'ANAP voit son champ d'action, auparavant strictement limité au champ sanitaire hospitalier, étendu au domaine médico-social.

La participation de la CNSA à la nouvelle agence est prévue par la loi. La convention constitutive a été approuvée par arrêté ministériel du 16 octobre 2009. La Caisse dispose de 5 % des voix au conseil d'administration; elle a prévu d'apporter 1 M€ pour l'ANAP dans son budget prévisionnel 2010, ce financement ayant pour objectif de financer, d'une part, un pôle de compétences sur les sujets médico-sociaux et, d'autre part, les études sous-traitées par l'ANAP dans le cadre

de son programme de travail. L'ANAP doit disposer, à terme, d'un budget annuel de 45 M€.

* L'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé

Le Conseil du 17 novembre 2009 a entériné l'adhésion de la CNSA à l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), qui a vocation à fédérer les acteurs autour de projets structurants de l'e-santé en France. Son objet est de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du médico-social.

L'ASIP Santé, qui rassemble le Groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP DMP) et, à terme, le GIP CPS (carte de professionnel de santé) avec une partie de l'ex-GMSIH, se voit attribuer de larges missions visant à renforcer l'efficacité et la cohérence de la maîtrise d'ouvrage publique en matière de systèmes d'information de santé et d'en améliorer l'efficacité. Les actions de l'ASIP Santé doivent permettre aux systèmes d'information de santé et à tout projet impliquant un partage ou un échange de données de santé de contribuer à la coordination et à la qualité des soins, dans le respect des droits de la personne.

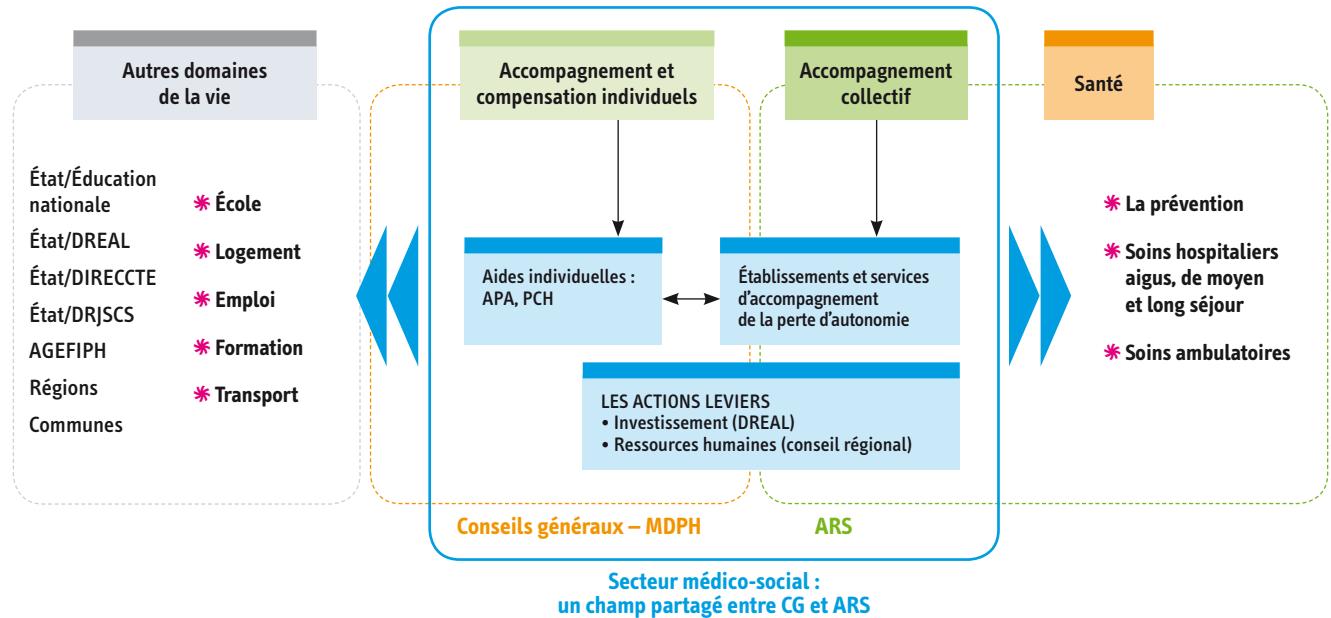
Le Gouvernement a approuvé la modification de la convention constitutive du GIP DMP et son changement de dénomination par arrêté du 8 septembre 2009.

L'ASIP Santé et sa tutelle ont souhaité que la CNSA puisse devenir membre de ce nouveau GIP, le champ de ses activités ayant vocation à couvrir également le périmètre médico-social, notamment pour tout ce qui concerne l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information. Elle pourra aborder, par exemple, des questions comme l'articulation entre le dossier médical en établissement et service médico-social et le dossier médical personnel (DMP), l'interopérabilité et la sécurité des échanges de données entre établissement de santé et établissement médico-social, ou la cohérence des éléments de la prise en charge médico-sociale à inclure dans le DMP.

CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION 2006-2009 : UN BILAN AU SERVICE D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE

Conclue le 23 janvier 2006 pour une durée de quatre ans, la première convention d'objectifs et de gestion

L'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie dans le nouveau contexte institutionnel : décideurs et financeurs



DIRECCTE : directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi.

DREAL : directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

DRJSCS : directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

(COG) entre l'État et la CNSA a constitué le cadre de référence définissant les missions de la Caisse et posant les règles des processus. Quatrième et dernière année de cette convention, l'année 2009 a été mise à profit pour conduire son évaluation et la soumettre au Conseil (*cf. document intégral sur le site de la CNSA – www.cnsa.fr – rubrique les missions*) le 17 novembre.

L'absence de visibilité sur ce que serait le fonctionnement en réel de la CNSA explique le choix fait en 2005 d'un document de principe et de méthode, plus que d'objectifs stratégiques évaluables par leurs résultats. Conduite conjointement par les services de la DGAS et de la CNSA, son évaluation a ainsi été réalisée avec l'objectif de mettre en évidence les fondamentaux sur lesquels doit reposer le prochain document-cadre et d'identifier les difficultés et les évolutions essentielles de manière à y apporter une réponse pour les quatre ans à venir.

Les difficultés à répondre à la totalité des objectifs précis de la COG ont été largement liées à la nécessité de mettre en place un certain nombre d'outils pré-

ables à l'action, comme les systèmes d'information, dont le temps de mise en œuvre n'avait pas été estimé auparavant. La faible priorisation des objectifs définis très largement et, dans un certain nombre de cas, les ambiguïtés du partage des compétences entre la Caisse et l'État, ont par ailleurs été pointées parmi les marges de progrès.

La nouvelle convention 2010-2013 devra surtout prendre en compte les missions nouvelles qui ont émergé depuis 2005 et le changement de contexte, tant au niveau territorial avec l'ambition que porte la création des agences régionales de santé, qu'au niveau national, avec la volonté de mieux définir les rôles respectifs de l'administration centrale et de l'opérateur qu'est la CNSA. Elle devra mieux exprimer les objectifs stratégiques, les apports de l'État, les résultats attendus de la CNSA et le calendrier de mise en œuvre, de manière à constituer l'instrument de référence d'un dialogue permanent et constructif entre l'État et la Caisse.



CHAPITRE 2

PLANS NATIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Ancrer l'autonomie au cœur
de la démarche de santé

La qualité de vie et la participation sociale font l'objet d'une attention croissante des plans de santé publique. La CNSA est de plus en plus appelée à contribuer à l'élaboration comme à la mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement de l'autonomie qu'ils prévoient. Signe d'une visibilité accrue du rôle de la Caisse, cette responsabilité est exigeante en termes de mobilisation des équipes mais offre des opportunités importantes pour que soit mieux prise en compte l'aide à l'autonomie dans le système de santé français.



L'AIDE À L'AUTONOMIE AU CŒUR DES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a défini cent objectifs qu'elle a prévu d'atteindre au moyen de plans et programmes nationaux. Ceux-ci relèvent d'une démarche populationnelle, c'est-à-dire qu'ils visent les populations atteintes d'une pathologie particulière ou en situation d'exclusion sociale et donc plus démunies face à la maladie. Ces plans définissent un ensemble d'actions à mettre en œuvre par les pouvoirs publics, les institutions, les associations et les réseaux pour répondre à une problématique de santé.

L'un des enjeux affichés de cette approche est de dépasser la distinction traditionnelle entre prévention et soins, non pertinente dans les cas où la frontière est floue⁽¹⁾. Cette démarche a également abouti à intégrer dans un grand nombre de plans et programmes de santé publique des mesures relatives à la qualité de vie et à l'insertion sociale des personnes concernées par telle maladie ou situation de santé, bien au-delà de la prise en charge strictement médicale.

Pour les plans concernant des maladies invalidantes, cette acceptation large de la notion de santé, telle que retenue au niveau international⁽²⁾, a permis d'améliorer l'articulation du système de soins avec la prise en charge de la perte d'autonomie.

L'ouverture des plans de santé publique vers ce dispositif est porteuse d'un enjeu essentiel : dépasser une vision étroite des personnes concernées par les politiques du handicap et de l'aide à l'autonomie, beaucoup plus diverses que ce qui est souvent appréhendé.

Elle pose plusieurs défis, qui sont l'objet récurrent de tous les plans de santé publique en matière d'accompagnement dans la vie sociale, auxquels la CNSA a été appelée à contribuer, que ce soit dans leur élaboration ou leur mise en œuvre, parmi lesquels :

- renforcer la lisibilité et l'articulation des dispositifs d'aide à l'autonomie avec le secteur médical et donc l'accessibilité pour un public non encore familier avec le secteur médico-social ;
- améliorer la connaissance que les professionnels des dispositifs d'aide à l'autonomie (MDPH, notamment) ont de certains publics comme les personnes atteintes de maladies chroniques et améliorer l'évaluation concrète de leurs besoins ;
- adapter les réponses aux problématiques spécifiques, l'urgence, par exemple, en renforçant l'articulation avec le champ sanitaire.

LA CNSA MOBILISÉE PAR SEPT PLANS NATIONAUX

L'implication de la CNSA dans ces plans nationaux de santé publique s'est progressivement accrue pour constituer, en 2009, une partie importante de son programme de travail.

Quatre plans sont entrés en 2009 dans une phase active de mise en œuvre à laquelle la CNSA a été appelée à contribuer au titre des besoins d'aide à l'autonomie.

Le plan Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 : au sein de son axe 3, qui vise à faciliter la vie quotidienne des malades, deux mesures assurent le lien avec le ➤

(1) Loi du 9 août 2004 relative à la santé publique – Brochure pédagogique – Direction générale de la santé – février 2005.

(2) La définition de l'OMS précise que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ».



► dispositif de compensation du handicap (mesure n° 12 : Aider les parents handicapés ou atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants ; mesure n° 13 : Faire accéder les personnes atteintes de maladies chroniques aux prestations liées aux handicaps).

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 prévoit l'ouverture massive du dispositif palliatif aux structures non hospitalières afin de prendre en compte le souhait des personnes de choisir leur lieu de fin de vie. Responsable du financement des dispositifs médico-sociaux, la CNSA est impliquée dans les différents travaux visant à adapter l'accompagnement par les établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées ou handicapées, que ce soit à travers l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs ou l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'accompagnement des proches des personnes en fin de vie implique la mise en œuvre des financements de la section IV du budget de la CNSA afin d'améliorer la formation des intervenants.

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, annoncé le 1^{er} février 2008 par le président de la République, est entré dans une phase active de conduite d'expérimentations en 2009. Pilote de la mesure dédiée au développement des solutions de répit des aidants des personnes malades, la CNSA soutient de nombreuses autres actions du champ médico-social mais aussi de la recherche. La CNSA y a engagé quelque 105 M€ (sur les 154 M€ engagés sur la totalité du plan en 2009), dont 29 M€ de crédits de l'OGD pour le financement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ainsi que des équipes renforcées de SSIAD, et 77 M€ au titre des aides à l'investissement (*cf. partie 3 - chapitre 3*). Au-delà de l'ampleur des moyens financiers, la participation de la CNSA au plan Alzheimer induit des réflexions structurelles, dans la mesure où la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs réinterroge les dispositifs d'accompagnement. Le plan conduit à revisiter les différentes solutions à travers des expérimentations, à adapter la doctrine d'utilisation des équipements médico-sociaux et à imaginer de nouvelles solutions (*cf. encadré page précédente*). ►

La maladie d'Alzheimer réinterroge l'ensemble des dispositifs d'accompagnement de l'autonomie

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 poursuit, à travers ses quarante-quatre mesures, onze objectifs organisés en trois axes : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir et se mobiliser pour un enjeu de société. Pilote de la mesure 1 relative aux aidants ainsi que de l'expérimentation des MAIA prévue à la mesure 4, la CNSA est impliquée dans la mise en œuvre de plus d'une dizaine de mesures.

L'année 2009, phase active de mise en œuvre, l'a vue porter de nombreuses études et expérimentations.

Le développement et la diversification des structures de répit (mesure 1)

La création des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est inscrite dans les plans de création de places à partir des crédits gérés par la Caisse. Le suivi de la création de ces places, réalisé par la CNSA dans le cadre d'un partenariat renouvelé avec la DREES et la DGCS, a fortement mobilisé les services déconcentrés. 1 846 places d'accueil de jour et 492 places d'hébergement temporaire réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été autorisées (pour des objectifs respectifs de 2 125 et 1 125 places).

Face aux difficultés de déploiement de ces structures, des travaux quantitatifs et qualitatifs ont été conduits afin d'identifier les obstacles à lever.

- Une étude relative aux freins et facteurs de réussite des accueils de jour et des hébergements temporaires a été confiée à un prestataire externe ; ses résultats ont permis de confirmer un certain nombre de pistes qui vont nourrir la nouvelle doctrine en matière de développement de ces structures.
- La CNSA et la DREES ont par ailleurs lancé en 2009 une enquête sur l'activité des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, sur un échantillon de 500 structures, qui a vocation à être généralisée dès 2010.
- Enfin, une expérimentation de onze plates-formes de répit, proposant sur un même territoire une palette de services coordonnés et financée par la CNSA, a démarré en juin 2009, à la suite d'un appel

à candidatures lancé par la DGAS en février.

La consolidation des droits et de la formation des aidants (mesure 2) : la loi HPST ayant étendu le champ de la section IV du budget de la Caisse au financement de la formation des aidants familiaux (*cf. partie 3 – chapitre 5*), la CNSA et l'État ont conclu une première convention sur cette base avec l'Association nationale France Alzheimer le 24 novembre 2009. Déployée sur quinze mois, l'action, financée à hauteur de 652 000 € par la CNSA, a pour objectif de mettre en place pour l'année 2010 400 actions de formation au bénéfice de 4 000 aidants familiaux.

L'expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) (mesure 4)

a commencé en février 2009 à la suite de l'appel à projets lancé en juillet 2008. Cette action a pour objet de réaliser l'intégration des services – de la prise en charge sanitaire jusqu'à l'accompagnement social des malades Alzheimer et de leur famille – pour une meilleure prise en charge des personnes. La CNSA a recruté une équipe projet nationale de quatre personnes qui accompagne les dix-sept sites expérimentateurs. C'est dans le cadre de cette expérimentation que commence à être mise en œuvre la mesure 5 relative à la mise en place de « coordonnateurs – gestionnaires de cas » dont le plan prévoit le déploiement sur tout le territoire national pour améliorer l'articulation des interventions dans des situations complexes. L'expérimentation des MAIA, qui constitue l'une des mesures centrales du plan Alzheimer, fait l'objet d'un investissement très important de la CNSA. En 2009, 7,7 M€ ont été engagés au titre des subventions aux sites expérimentateurs, dont 4,2 M€ à la charge de la CNSA, le reste étant apporté par l'État (Direction générale de la santé).

L'adaptation des structures médico-sociales concerne tout d'abord les EHPAD (**mesure 16**) au sein desquels le plan prévoit la création d'unités spécialisées pour malades Alzheimer (unités d'hébergement renforcé et pôles d'activité et de soins adaptés). La CNSA a contribué à la finalisation du dispositif financier, qui va être intégré à la campagne budgétaire 2010 ;

le plan d'aide à l'investissement est venu soutenir 93 établissements pour leurs projets d'unités, pour un montant de 72 M€.

Des projets de SSIAD renforcés intervenant au domicile des personnes malades ont également été expérimentés en 2009 par l'État (mesure 6), sur des financements notifiés par la CNSA (40 équipes pour 6 M€).

La recherche est fortement mobilisée.

La CNSA, cofondatrice de la Fondation de coopération scientifique Alzheimer (mesure 21), s'est impliquée dans le lancement des appels à projets de recherche en sciences humaines et sociales de la Fondation ; elle cofinance également l'appel à projets sur l'adaptation de l'habitat avec l'Agence nationale de la recherche (mesure 7), pour 1 M€.

D'autres mesures nécessiteront l'intervention de la CNSA en 2010, en particulier l'appui à la formation de nouveaux professionnels, tels que les assistants de soins en gérontologie, à travers le partenariat financier de la CNSA avec les OPCA (*cf. partie 3 – chapitre 3 – mesure 20*).

➤ **Le plan Autisme 2008-2010**, lancé le 28 mai 2008, est, comme le plan Alzheimer, inscrit au cœur des politiques portées par la CNSA. Les 4 100 places nouvelles dédiées aux personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement prévues par le plan sont intégrées au programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées, dont la CNSA gère les enveloppes financières.

En 2008 et 2009, 2 121 places nouvelles dédiées ont été effectivement autorisées et financées en établissements et services médico-sociaux. Si le développement de l'offre médico-sociale se situe à la hauteur des objectifs quantitatifs du plan pour les enfants et adolescents, avec néanmoins des disparités selon les régions, il présente un retard pour ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement adapté des adultes. Le dispositif des centres de ressources régionaux pour l'autisme est renforcé, pour améliorer le diagnostic, le plus précoce possible, de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement (*cf. chapitre 3 sur les établissements et services médico-sociaux*).

Une première rencontre nationale des MDPH et des CRA a été organisée pour favoriser les collaborations et les pratiques communes.

L'amélioration de la qualité des réponses et des interventions est également visée à travers les travaux, auxquels la CNSA contribue, d'élaboration par l'ANESM de recommandations professionnelles et pour l'expérimentation et l'évaluation de méthodes éducatives innovantes.

La CNSA a également été associée à l'élaboration de trois autres plans dont la mise en œuvre commencera véritablement en 2010, mais dont les travaux préparatoires ont nécessité la mobilisation de l'expertise des équipes de la Caisse pendant toute l'année 2009.

Le plan Cancer II (2009-2013) a été présenté le 2 novembre 2009 par le président de la République après des travaux approfondis conduits avec l'ensemble des administrations et organismes qui seraient chargés de sa réalisation. La mesure 27 établit un lien explicite avec la législation relative au handicap pour ce qui concerne l'accompagnement, pendant et après un cancer, des personnes dont la maladie conduit à une situation de perte d'autonomie. La CNSA est chargée de mettre en place plusieurs expérimentations avec les MDPH, qui ont pour objet de faciliter l'évaluation des besoins en matière d'aide à l'autonomie, et par conséquent, l'accès à l'ensemble des prestations et services existants pour des personnes atteintes d'un cancer, en tenant compte dans un certain nombre de cas de l'urgence attachée à ces situations.

Le plan national IST-VIH 2010-2013, qui sera finalisé à la fin du premier trimestre 2010, insistera également, comme cela a été présenté le 27 novembre 2009 par la ministre de la Santé et des Sports, sur l'accès aux prestations de compensation du handicap pour les personnes dont la situation relève de cette législation.

La préparation du plan Maladies rares, qui se poursuit sur le début de l'année 2010, intègre les réflexions qui ont présidé à la mise en place du schéma handicaps rares (*cf. partie 3 - chapitre 3*) préparé par la CNSA, de manière à articuler, sans les confondre, ces deux démarches.

Enfin, en matière de santé mentale, dans la continuité du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et après avoir participé aux travaux de la commission Couty fin 2008 sur l'évolution des missions de la psychiatrie, la CNSA poursuit son implication pour l'amélioration de la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Les objectifs physiques de places nouvelles médico-sociales spécialisées pour le handicap psychique ont été reconduits dans le cadre du programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées sur 2008-2012, qui se traduit dans l'allocation par la CNSA des dotations régionales médico-sociales.

En outre, les travaux engagés ont pour objet d'apporter un appui aux MDPH pour améliorer l'évaluation individuelle des besoins (*cf. chapitre 4 sur les MDPH*) et aux décideurs locaux pour favoriser le développement de réponses adaptées garantissant la continuité des soins et de l'accompagnement, notamment dans le cadre des restructurations hospitalières.

Afin de consolider les groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui contribuent à la prévention et à l'observation des soins en permettant aux personnes souffrant de troubles psychiques de rompre avec l'isolement et de retrouver une participation sociale, une démarche d'auto-évaluation des GEM est soutenue par la CNSA.

À travers ces plans, différentes catégories de personnes font l'objet de réponses spécifiques. Le risque intrinsèque de cette démarche populationnelle portée par les plans de santé publique est le cloisonnement des réponses en matière d'aide à l'autonomie. Par son implication dans la mise en œuvre de ces plans, la CNSA est porteuse de l'exigence de cohérence entre les deux approches. Investie d'une mission d'égalité de traitement, la CNSA veille à ce que l'accent mis sur une problématique de santé particulière ne conduise pas – par la mise en place de réponses spécifiques en fonction d'une pathologie – à contredire la démarche qui est au fondement de la loi du 11 février 2005.



L'évaluation des besoins pour toutes les personnes en situation de perte d'autonomie, quelle que soit l'origine du handicap, doit se faire en fonction des besoins d'aide à l'autonomie évalués de façon multidimensionnelle.

Le plan personnalisé de compensation leur apporte ensuite les réponses nécessaires en termes de droits, d'accès à des prestations ou services en fonction des limitations d'activité ou des restrictions de participation constatées, indépendamment de leur pathologie.

Chaque plan est abordé par la Caisse de manière à identifier, à travers les difficultés particulières au regard du public concerné, les caractéristiques emblématiques des défis à relever pour tous :

- prise en compte de l'urgence par les dispositifs d'attribution des droits (plans Cancer et IST-VIH);
- attention portée aux aidants (plan Alzheimer et soins palliatifs);

- articulation particulièrement sensible des prises en charge sanitaires et médico-sociales (plans Maladies chroniques, Alzheimer, Santé mentale, Soins palliatifs, Cancer...).

L'une des difficultés constatées pour la mise en cohérence des services sanitaires et médico-sociaux provient de la persistance de deux régimes juridiques et institutionnels différents en fonction de l'âge des personnes malades pour accéder aux prestations et services nécessaires. Cette distinction des publics avant et après 60 ans n'existe pas dans le sanitaire et reste largement méconnue par les acteurs qui cherchent à développer de la cohérence avec le médico-social.



CHAPITRE 3

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Poursuivre le développement
et l'adaptation de l'offre

Les établissements et services médico-sociaux apportent à plus d'un million de personnes âgées et handicapées une aide à l'autonomie et, dans un certain nombre de cas, une réponse à leurs besoins de soins. La CNSA assure la gestion des financements de l'assurance maladie dédiés à leur fonctionnement (l'ONDAM médico-social), qu'elle abonde de crédits supplémentaires issus de ses ressources propres, le total constituant l'Objectif global de dépenses (OGD). En 2009, sa responsabilité a ainsi porté sur la mise en œuvre d'un OGD de 15,6 Md€. Sa mission est d'assurer une répartition équitable de ces crédits sur le territoire national dans un souci de développement des capacités d'accueil, d'adaptation en nombre et en qualité des réponses aux besoins exprimés localement, et d'utilisation rigoureuse et optimale des moyens votés par le Parlement et inscrits à son budget.



La CNSA pilote un cycle annuel d'allocation budgétaire : les crédits sont notifiés à partir d'une programmation pluriannuelle des besoins, le suivi des réalisations permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs et de l'identification des freins à lever. Les principaux outils nécessaires à cette mission ont été développés dès 2005-2006, en lien avec les services déconcentrés de l'État chargés de leur mise en œuvre opérationnelle dans les départements et régions : Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), enveloppes anticipées de création de places, enquêtes et systèmes d'information.

En 2009, la conduite de ce cycle s'est accompagnée de plusieurs chantiers visant à lever certaines des difficultés identifiées préalablement :

- la sous-consommation de crédits ;
- la complexité de la programmation pour certains types de structures ou pour certains publics particuliers ;
- les délais d'ouverture des établissements et services en raison de difficultés d'investissement ou de recrutement ;
- l'hétérogénéité du coût des structures.

OPTIMISER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

L'ONDAM médico-social présente, sur la période 2006-2009, une progression supérieure à 6 % en moyenne afin de mettre en œuvre les plans de développement et d'adaptation de l'équipement en direction des populations âgées et handicapées. Cette dernière est à mettre en regard de celle de l'ONDAM général de 3 % en moyenne sur cette même période. Ce taux était de 6,2 % dans la construction initiale de l'OGD 2009.

Cependant, cet effort important ne s'est pas traduit par une consommation des crédits à hauteur des besoins inscrits dans les objectifs des plans nationaux.

Si ce phénomène préexistait à la création de la CNSA (mais n'était pas apparent dans les comptes de l'assurance maladie), il est désormais au cœur des débats en raison de son ampleur, liée à la croissance forte des financements votés en faveur du secteur médico-social mais aussi de la visibilité qu'il a acquise depuis que la CNSA retrace dans ses comptes l'intégralité des dépenses de l'ONDAM médico-social. Isolée, cette sous-consommation n'est plus absorbée par les besoins de financement des autres champs de dépenses de l'assurance maladie (ville, hôpital...) ; elle se traduit par la constitution d'excédents dans le budget de la Caisse. Entre 2006 et 2008, ce sont 1,3 Md€ d'excédents qui ont ainsi été produits sur la section I du budget.

Les raisons de cette sous-consommation étant désormais bien connues, plusieurs actions ont ainsi été entreprises.

* Les premiers effets de l'accélération des créations de places nouvelles

Alors que l'autorisation de places nouvelles est subordonnée à la disponibilité des crédits dans les dotation départementales, le versement de ces crédits n'intervient qu'à l'ouverture effective des places. Le délai de mise en œuvre du projet se traduit donc par une mise en réserve des financements ainsi engagés et une sous-consommation de l'OGD. Or, ces délais se comptent en mois, voire en années à partir de l'autorisation accordée par le préfet (cf. encadré page 62).



► Face à ce problème de délais, la CNSA a proposé dès 2006 la création par la loi d'un mécanisme d'enveloppes anticipées. Il permet à la CNSA de répartir par anticipation aux services de l'État des enveloppes financières qui n'ont pas encore été votées par le Parlement, et ne figureront donc que dans les ONDAM des années ultérieures. Même si ces enveloppes ne pourront être consommées qu'à partir des années N+1 et N+2, elles peuvent donner lieu dès l'année N à des autorisations permettant aux porteurs de projets de commencer les travaux sans plus attendre.

Introduit dès la campagne 2006 et renforcé en 2008, ce mécanisme des enveloppes anticipées commence à faire sentir ses premiers effets. La sous-consommation de l'enveloppe personnes âgées a ainsi été réduite de 200 M€ en 2009 par rapport à 2008, le taux de sous-consommation de l'OGD diminuant de 8,15 % à 4,5 %.

Ces résultats sont également le fruit d'un travail affiné de programmation des besoins par les services de l'État à travers l'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), accompagnés par la CNSA. Les crédits étant répartis par la CNSA sur la base des PRIAC entre les départements d'une même région, une programmation plus conforme aux besoins permet une meilleure allocation budgétaire. D'autre part, assise sur des PRIAC plus robustes, l'estimation des besoins de financement à cinq ans que la CNSA doit fournir tous les ans est elle aussi plus fiable.

La médicalisation des EHPAD : un long chemin parcouru... et à parcourir

Le processus de conventionnement de première génération, engagé en 2000, à travers la signature de conventions tripartites, est pour ainsi dire achevé. Sur une cible de 564 275 places à médicaliser, 561 893 l'étaient au 31 décembre 2009, soit 99,6 %.

La deuxième génération de la médicalisation implique de mettre en place un nouveau dispositif tarifaire (tarification dite « au GMPS » reposant sur l'utilisation du référentiel PATHOS). Il permet d'apporter davantage de moyens aux établissements dont les besoins en soins des résidents sont les plus élevés. Le rythme de progression de ce processus ne permet pas encore d'atteindre les objectifs fixés annuellement.

* L'accompagnement du processus de médicalisation

Au-delà du développement des capacités d'accueil, le renforcement des moyens en professionnels de santé des établissements à travers un processus de médicalisation constitue un autre axe de la politique à destination des personnes âgées, définie par le plan Solidarité grand âge, en 2006. L'attribution des crédits supplémentaires passe toutefois par une procédure de tarification génératrice, elle aussi, de délais et pouvant aboutir à une sous-consommation.

Le processus de médicalisation de deuxième génération engagé en 2007 (*cf. encadré ci-contre*) repose ainsi sur une évaluation des besoins de soins effectuée par les médecins coordonnateurs des établissements à partir de la grille d'évaluation PATHOS et validée par les médecins conseils de l'assurance maladie. L'attribution des crédits correspondants nécessite ensuite de signer ou de renouveler les conventions triparties entre le gestionnaire de l'établissement, l'État et le conseil général.

La CNSA s'est fortement impliquée en 2009 afin de favoriser l'appropriation de l'outil PATHOS et les nouvelles modalités du référentiel AGGIR (qui mesure le degré de perte d'autonomie) par ses utilisateurs. L'organisation de journées nationales de formation réunissant les formateurs régionaux PATHOS (un à deux par région) et les médecins conseils de l'assurance maladie (un par échelon régional) a permis une concertation sur les modalités d'évaluation des personnes. Au cours de l'année 2009, plus de cinquante formations régionales PATHOS destinées aux médecins coordonnateurs des EHPAD qui entraient dans le champ des validations 2009 ont été dispensées. 2 500 EHPAD ont réalisé une coupe PATHOS validée par les médecins conseils de l'assurance maladie. Cela représente l'évaluation des besoins de 168 000 résidents. Les conventions signées ont permis de financer le recrutement de professionnels supplémentaires dans les établissements concernés. Dans le même temps, le docteur Vétil, titulaire d'une lettre de mission ministérielle, a organisé avec l'appui de la CNSA les formations destinées à rendre accessibles aux utilisateurs, y compris les conseils généraux, les nouvelles modalités d'évaluation de la dépendance dans AGGIR : le taux de couverture des établissements par la formation AGGIR est supérieur à 75 %.

Cette implication est appelée à se poursuivre et à s'approfondir en 2010 et au-delà. La réforme de la tarification des EHPAD, inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et en vigueur à partir de 2010, prévoit en effet un mécanisme de tarification des

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicalisation de 1 ^{re} génération	Cumul des places depuis 2000	314 028	390 000	440 553	513 673	549 253	561 893
	Taux de conventionnement	56 %	69 %	78 %	91 %	97 %	99,6 %
Médicalisation de 2 ^e génération dite « Pathossification »	Cumul des places depuis 2006	–	–	2 706	75 192	158 712	254 815
	Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible à la fin de l'année N	–	–	4 %	51 %	64 %	49 %



EHPAD dans lequel les ressources des établissements (pour le forfait soins) seront déterminées principalement en fonction des besoins des résidents appréciés à partir de l'outil PATHOS et de la grille AGGIR. Cette réforme, conjuguée à la mise en place des agences régionales de santé désormais en charge de la mise en œuvre de cette tarification, appelle une nouvelle gouvernance des outils dans laquelle la CNSA est appelée à jouer un rôle renforcé.

Parallèlement, la campagne 2009 a vu la première application de la convergence tarifaire mise en œuvre par l'arrêté du 26 février 2009 modifié par l'arrêté du 24 avril 2009. La mesure prévoit de ramener progressivement à l'échéance 2016 les tarifs des établissements en dépassement au niveau des tarifs plafonds. À ce titre, la CNSA a lancé, en avril 2009, une enquête à destination des services de l'État, dont le recueil des réponses a été réalisé grâce à un outil informatique développé par la Caisse. Les résultats en ont été présentés aux fédérations d'établissements en septembre par la ministre chargée des Aînés.

* Les constats et les suites de la mission IGAS-IGF

Malgré ces avancées, le maintien d'une sous-consommation importante, dans un contexte financier difficile, a conduit les ministres du Travail, de la Santé et du Budget, par lettre datée du 23 avril 2009, à confier à leurs corps d'inspection (l'Inspection générale des affaires sociales – IGAS – et l'Inspection générale des finances

– IGF) une mission d'analyse des causes structurelles de la sous-consommation et de propositions sur les moyens d'en prévenir le renouvellement.

La CNSA a accompagné les travaux de la mission en conduisant à sa demande, entre juillet et septembre 2009, une enquête auprès des DDASS visant à reconstituer leurs campagnes budgétaires 2008 et 2009 et à obtenir des éléments de prévision de leurs besoins de financement 2010.

Cette enquête a abouti notamment aux constats suivants :

- une grande hétérogénéité des pratiques au niveau local (périmètre des enveloppes, délais de campagne, politique d'emploi des crédits non reconductibles) ;
- un manque de lisibilité et de compréhension de certaines règles budgétaires (agrégat de dépenses encadrées des établissements en particulier) ;
- l'existence de crédits libres de tout engagement dans les dotations départementales ;
- l'existence, en outre, d'un volume important de crédits correspondant à des engagements d'autorisation pris antérieurement mais non réalisés à fin 2009, en raison des délais d'ouverture des structures ; il correspond à près d'une année de mesures nouvelles (849 M€, soit 6 % de l'enveloppe personnes âgées 2009 et 4,8 % de l'enveloppe personnes handicapées 2009). Une partie seulement de ces engagements devrait se réaliser en 2010.

Conformément aux conclusions de la mission IGAS-IGF, le Gouvernement a décidé, lors de la construction ➤

► de l'ONDAM/OGD 2010, un certain nombre de retraitements budgétaires visant à ajuster au mieux la concordance entre engagements budgétaires et réalisation financière (*cf. p. 41*). Ces crédits ont été restitués à hauteur de 150 M€ à l'assurance maladie lors du vote de la LFSS 2010.

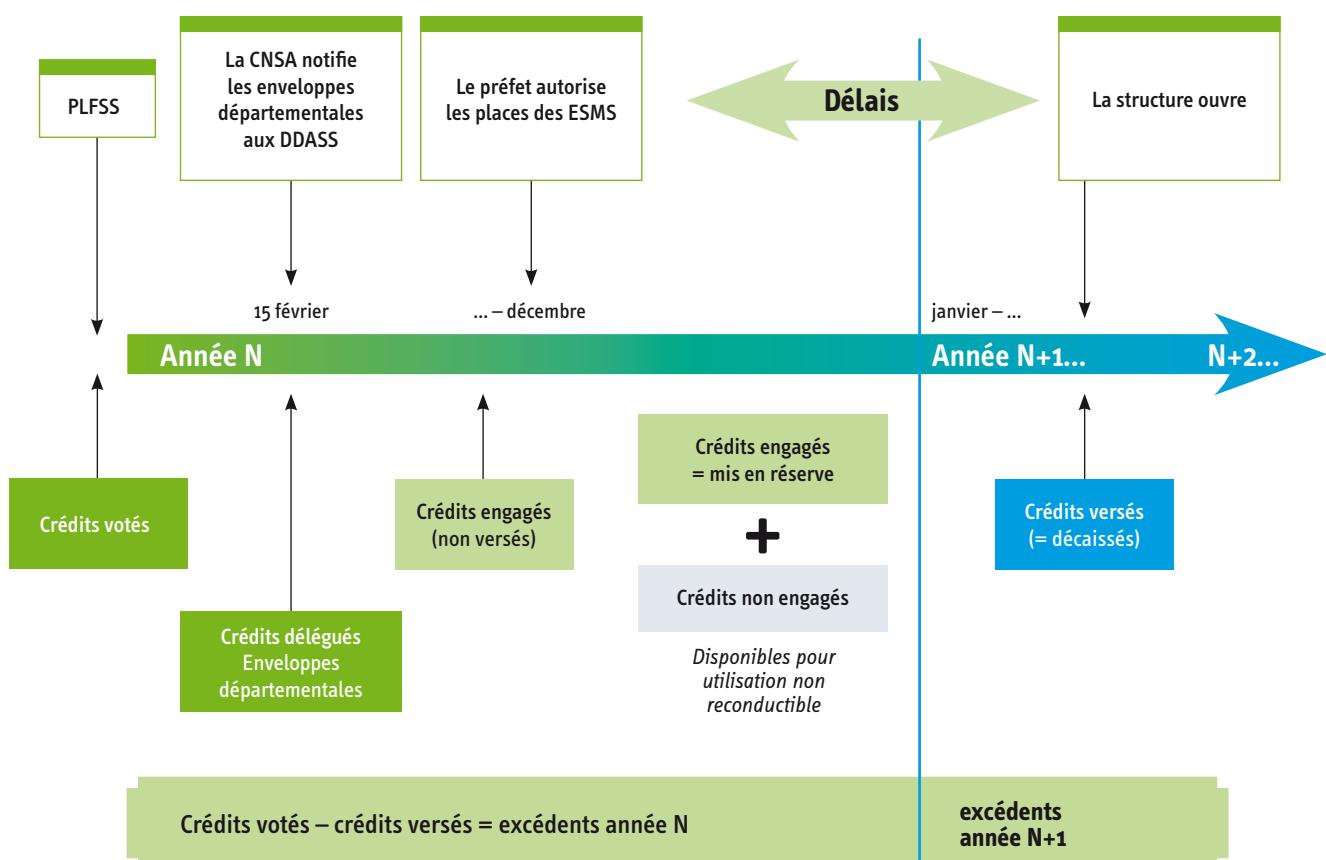
Au-delà de la gestion de l'OGD 2010, ces travaux ont mis en lumière la nécessité pour la CNSA de pouvoir suivre la mise en œuvre des campagnes budgétaires par les services déconcentrés au niveau le plus fin, c'est-à-dire au niveau des crédits alloués à chaque établissement. Seule une telle vision permettra de consolider au niveau national les crédits réellement utilisés et ceux engagés à travers une autorisation de création de places mais qui n'ont encore fait l'objet d'aucun versement. La mise en place du système d'information adapté à ce type de suivi a été inscrite au rang des priorités 2010.

AFFINER LA PROGRAMMATION PRÉVISIONNELLE DES BESOINS DE CERTAINES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

L'allocation budgétaire des crédits de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux repose, en amont, sur une programmation pluriannuelle des besoins par les services de l'État au niveau régional et le suivi de la réalisation, en aval.

Depuis 2006, la CNSA accompagne l'élaboration des Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dont elle a défini et approfondi la méthodologie. La consolidation de l'ensemble des besoins exprimés ainsi par les responsables locaux permet d'éclairer les besoins à cinq ans du secteur, que la CNSA a la responsabilité de transmettre à l'État, dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Vote, engagement et versement des crédits : des délais de création de places à l'origine d'excédents



✳ Programmation et réalisations 2009 : une confirmation des tendances

Après deux années d'évolution du dispositif de programmation mis en place en 2006, celui-ci a été stabilisé en 2009, conformément aux recommandations de la mission IGAS de 2008 sur l'évaluation et l'élaboration de la mise en œuvre des PRIAC. Il permet, comme en 2007 et 2008, de donner une lisibilité sur cinq ans sur les priorités retenues par l'État au niveau régional.

Les principaux enseignements de l'exercice 2009 sont, en ce qui concerne les personnes âgées, la persistance de forts besoins de création de places en EHPAD, malgré les objectifs nationaux de rééquilibrage en faveur du maintien à domicile, et la progression de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

Du côté du handicap, l'exercice 2009 se traduit par un rééquilibrage de la programmation en faveur des adultes, cohérent avec le constat du vieillissement de cette population, et la poursuite du développement de l'offre des services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) pour les enfants (*cf. analyse complète des PRIAC 2009 en annexe*).

L'enquête conduite en fin d'année auprès des services de l'État sur la réalisation des plans nationaux de création de places (plan Solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées de juin 2008) confirme elle aussi les tendances observées les années précédentes : amélioration du taux d'autorisation de places (part des crédits notifiés ayant fait l'objet d'une autorisation) et du taux d'installation, une plus grande pression sur les créations de places en EHPAD qu'en SSIAD ou dans les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire notamment (*cf. encadré p. 67*). Cette enquête a été automatisée en 2009, par la mise en service d'un nouvel applicatif informatique, SELIA, développé par la CNSA. Les résultats seront désormais disponibles tout au long de l'année, les ARS saisissant leurs données au fur et à mesure de leur rythme d'autorisation et d'installation.

✳ Le premier schéma d'organisation médico-sociale handicaps rares

La programmation régionale ne permet pas d'apprécier correctement tous les besoins. Une approche complémentaire à l'échelle nationale est nécessaire pour certains besoins spécifiques comme ceux des enfants et adultes porteurs d'un handicap rare.

La loi du 11 février 2005 a confié à la CNSA la préparation du schéma national handicaps rares, qui a pour vocation de développer la connaissance de ces

populations, peu quantifiées à ce jour. L'élaboration de ce schéma a été engagée en 2007, dans le cadre d'une commission du Conseil scientifique, constituée à cet effet. Celle-ci a procédé à une très large concertation (audition des associations de personnes et d'usagers, des gestionnaires d'établissements et de services, des centres de ressources nationaux, approche internationale du sujet...), qui a abouti à une construction permettant de ne pas partir de la seule vision des dispositifs existants. Les travaux se sont déroulés selon deux axes : les parcours de vie des personnes ayant un handicap rare et leurs attentes en termes d'accès aux droits et aux services sanitaires et sociaux ainsi que l'expression des professionnels généralistes et spécialistes intervenant dans ce champ.

Le schéma a été présenté le 23 octobre 2009 par Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité, et publié par arrêté du 27 octobre 2009. Il investit de nouvelles dimensions de la définition des handicaps rares posée en 2003 (*cf. encadré p. 71*) et privilégie une approche dynamique des besoins avec l'avancée des connaissances. Le plan qu'il définit est doté de 35 M€ sur cinq ans.

Il se donne pour objectifs d'accroître les expertises les plus pointues et de faciliter leur accessibilité, pour améliorer le diagnostic fonctionnel et définir un accompagnement spécifique adapté à la complexité de chaque situation, en associant les personnes et leur famille et en favorisant un travail en réseau. Il détermine les priorités et les conditions d'évolution à cinq ans de l'offre en établissements et services dont le recrutement dépasse l'aire régionale et son organisation territoriale.

✳ Des études sectorielles en appui à la programmation

Les responsables locaux ont parfois besoin d'être éclairés sur certaines problématiques et types d'établissements et services, afin d'améliorer l'adéquation de leur programmation aux besoins. Après les SAMSAs-SSIAD en 2008, la CNSA a travaillé en 2009 dans plusieurs domaines.

- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) font l'objet de l'attention de la CNSA depuis 2007. Des programmes de création ou d'extension de structures ont été réalisés dans le cadre des plans nationaux Handicap, en lien avec les plans Périnatalité successifs, pour améliorer le suivi et la prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap. De 1999 à 2009, 39 M€ ont été utilisés pour la création ou l'extension de CAMSP. Des programmations sont prévues jusqu'en 2013.



► La couverture du territoire par au moins un CAMSP par département, réalisée depuis 2007, ne suffit pas à garantir un accès pour tous les jeunes enfants concernés. Afin de mieux connaître la capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP, la CNSA avait lancé une étude quantitative en juin 2007 en lien avec la DGAS. Ces travaux ont été complétés par une étude qualitative, réalisée par le CREAL Rhône Alpes dans huit départements et trente-quatre CAMSP. Ses résultats ont été rendus publics en janvier 2010 ; ils vont permettre à la CNSA d'émettre des recommandations pour favoriser la prise en compte de la problématique de l'action précoce dans les programmations des agences régionales de santé.

- L'accueil de jour et l'hébergement temporaire (AJ-HT) voient leur développement programmé de façon ambitieuse dans le cadre du PSGA et du plan Alzheimer (*cf. partie 3 – chapitre 2*). Le suivi du plan montre la difficulté de faire émerger une offre qui réponde aux objectifs fixés, le rythme d'installation des places étant deux fois moindre qu'attendu. Une étude qualitative lancée par la CNSA en 2009 a permis de repérer les freins au développement de l'offre et de définir une nouvelle doctrine de l'État en matière d'AJ-HT, tant en ce qui concerne le nombre de places par structure que la prise en charge des frais de transport.
- L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes interroge de nombreux responsables publics⁽¹⁾ et passe par l'adaptation des structures d'accueil aux nouveaux besoins de ces personnes. Une première réponse a été, depuis 2008, la médicalisation des foyers de vie, permettant un renforcement de leurs moyens par transformation en foyers d'accueil médicalisé (FAM). Pour affiner le diagnostic et favoriser le développement de réponses adaptées, la CNSA a organisé un atelier d'échange de pratiques sur le thème de l'offre médico-sociale adaptée aux personnes handicapées vieillissantes. Cet atelier réunit, autour de la CNSA et de la DGCS, des fédérations et des gestionnaires du secteur du handicap et des personnes âgées, l'ANCREAL, des médecins (psychiatre, gériatre), des maisons départementales des personnes handicapées, des décideurs locaux (conseils généraux, DDASS) et l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale – ANESM. Il doit permettre de réaliser, à horizon du milieu de l'année 2010, un outil d'aide à la programmation et à la mise en œuvre des projets au bénéfice des personnes vivant en institution

comme à domicile.

• Enfin, deux autres champs relatifs aux enfants handicapés ont commencé à être explorés fin 2009, à travers des analyses de l'offre en établissements et services pour les personnes déficientes intellectuelles, d'un côté, et les personnes déficientes sensorielles, de l'autre. Pour les premières, il s'agit notamment de mieux comprendre la persistance d'une demande forte de création de places en établissements pour les enfants, malgré le développement de la scolarisation en milieu ordinaire. Il s'agit, pour les seconds, d'analyser l'évolution de l'offre du fait des progrès de la scolarisation, et de mieux prendre en compte les besoins des adultes, en particulier en cas de handicaps associés.

L'implication de la CNSA dans des approfondissements thématiques est également mise en œuvre par sa participation à l'ANESM (*cf. p. 51*). La CNSA suscite l'inscription au programme de travail de l'agence de sujets qui lui apparaissent nécessaires au regard des priorités de mise en œuvre des plans et des difficultés constatées sur le terrain. Les recommandations de l'ANESM éclairent elles aussi, à leur manière, les travaux des responsables locaux. En 2009, l'accompagnement médico-psychosocial des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée répondait aux besoins de la mise en œuvre du plan Alzheimer. La CNSA a demandé que des travaux sur le rôle des SESSAD dans la socialisation et la scolarisation des enfants handicapés aboutissent dès 2010, afin d'accompagner la forte pression pour le développement de ces structures.

SOUTENIR L'INSTALLATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Pour favoriser une installation plus rapide des établissements et services financés par l'ONDAM médico-social, la CNSA a dû développer une action sur les autres déterminants : les capacités d'investissement et de recrutement des porteurs de projets. Les difficultés rencontrées par ces derniers pour boucler un tour de table financier et, par ailleurs, pour attirer le personnel compétent expliquent une grande partie des retards de la mise en œuvre des plans nationaux.

(1) Rapport Paul Blanc – « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* », – remis à Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, le 11 juillet 2006 ; la recommandation du Conseil de l'Europe, CM/Rec(2009) 6, du Comité des ministres aux États membres sur le vieillissement et le handicap au xx^e siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive, adoptée par le Comité des ministres le 8 juillet 2009, lors de la 1 063^e réunion des délégués des ministres.



Bilan de la campagne 2009

La CNSA rend compte en début de chaque année de la mise en œuvre des plans nationaux dont elle a la charge : le plan Solidarité grand âge (PSGA) pour les personnes âgées et le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées (2008-2012).

Elle suit l'utilisation qui a été faite par les services des crédits votés l'année précédente. En 2009, le taux d'autorisation s'est amélioré par rapport à 2008 pour atteindre 79 % pour les places à destination des personnes âgées (contre 68 % en 2008) et 88 % dans le champ du handicap (contre 78 % en 2008).

L'outil de suivi, SELIA, permet également de connaître le nombre de places qui se sont ouvertes dans l'année, en les rattachant à une année budgétaire. En raison des délais d'installation ouverts, chaque année, des places financées sur les crédits de l'année budgétaire en cours, mais plus encore sur des crédits des années antérieures.

	Places autorisées ⁽²⁾ en 2009	Places installées ⁽³⁾ en 2009
PERSONNES ÂGÉES		
EHPAD	13 279	6 515
SSIAD	6 360	5 411
AJ-HT	2 761	1 516
Total	22 400	13 442
PERSONNES HANDICAPÉES		
Adultes	5 164	3 843
Enfants	3 499	3 134
dont SESSAD	2 018	1 833
Total	8 663	6 977

* Aide à l'investissement : un programme 2009 diversifié en fonction des objectifs des politiques publiques

Les plans d'aide à l'investissement (PAI) sont financés depuis 2006 sur les excédents de la CNSA, issus de la sous-consommation des crédits inscrits à la section I de son budget. 985 M€ ont été engagés dans le soutien à l'investissement entre 2006 et 2008. Ces aides permettent d'adapter les établissements, parfois vétustes, aux besoins des personnes et de limiter, pour les personnes âgées, le surcoût de l'hébergement généré par l'investissement.

En 2009, le plan d'aide à l'investissement, qui s'est élevé à 330 M€⁽⁴⁾ (250 M€ sur le champ des personnes âgées et 80 M€ sur celui des personnes handicapées), a été conduit en trois étapes, pour les besoins du plan de relance de l'économie et du plan Alzheimer. Les travaux de modernisation et de création d'établissements ainsi soutenus par la CNSA représentent un total de 2 085 Md€, soit un « effet de levier » des subventions de 1 à 6. Le plan de relance a permis d'abonder de 70 M€ supplémentaires le montant du plan d'aide à l'investissement initialement calibré à 260 M€ (cf. p. 40). Les préfets ont été sollicités dès janvier pour proposer des opérations susceptibles de démarrer au premier semestre. ➤

(2) Y compris sur des crédits des enveloppes anticipées.

(3) Quelle que soit l'année de rattachement des crédits.

(4) Dont 30 M€ correspondant au financement des engagements de l'État au titre des contrats de projet État-région, repris par la CNSA à compter de 2009 pour un montant total de 165 M€ provisionné dans ses comptes.

► Les crédits correspondant aux soixante-dix opérations ainsi retenues ont été notifiés par la CNSA dès le 9 avril 2009 et le démarrage rapide des opérations s'est traduit par le versement dès 2009 d'acomptes correspondant à 34 % du total des subventions allouées.

La deuxième étape du PAI 2009 s'est engagée avec l'envoi aux préfets de l'instruction technique du 29 avril 2009, prise sur la base des décisions du Conseil du 31 mars et de l'arrêté du 3 avril 2009. Cette instruction demandait un retour des propositions régionales pour le 30 mai 2009. Mais seuls les crédits correspondant aux quatre-vingt-trois opérations à destination des personnes handicapées ont pu être notifiés à partir du mois d'août sur la base de ces propositions.

En effet, dans une troisième étape, la CNSA a été amenée à solliciter à nouveau les préfets sur le volet personnes âgées afin que soit mieux respectée la priorité donnée aux projets d'unités spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement (unités d'hébergement renforcées – UHR – et pôles d'activité et de soins adaptés – PASA). La notification des crédits correspondants a ainsi dû être reportée à la deuxième quinzaine d'octobre. Cent quarante-sept opérations ont été retenues pour un montant de 143,3 M€, dont quatre-vingt-treize opérations pour lesquelles les porteurs de projets se sont engagés à présenter un projet d'UHR ou de PASA.

Au-delà du soutien financier à l'investissement, la CNSA a maintenu en 2009 son engagement en faveur de la diffusion de bonnes pratiques en matière de conception des lieux de vie collectifs, à travers le prix de l'architecture du médico-social. Les prix de la meilleure réalisation architecturale et du concours d'idées ont été remis en mai dans le cadre du salon Géront Expo. Afin d'élargir l'audience de ce prix, la préparation de l'édition 2010 a été anticipée et son format rénové. L'appel à candidatures a été lancé dès fin septembre 2009 afin d'intégrer les contraintes de calendrier des étudiants en écoles d'architecture concernés par le concours d'idées.

✳ Métiers : appuyer la professionnalisation des personnels

Le développement de l'offre médico-sociale est conditionné par la capacité des établissements à recruter les professionnels nécessaires ; la qualité de l'accompagnement implique quant à elle un niveau de profession-

nalisation satisfaisant. Les PRIAC 2009 permettent de valoriser pour près de 47 000 équivalents temps plein (ETP) les besoins de recrutement liés à la programmation de places nouvelles sur la période 2009-2013, soit plus de 28 000 dans le champ des personnes âgées et 18 000 dans celui des personnes handicapées. Il s'agit en majorité de personnels socio-éducatifs dans le champ du handicap et d'aides-soignantes (à 68 %) dans les établissements gérontologiques.

Deux dispositifs leviers sont mobilisés par la CNSA pour renforcer la professionnalisation des salariés du secteur médico-social.

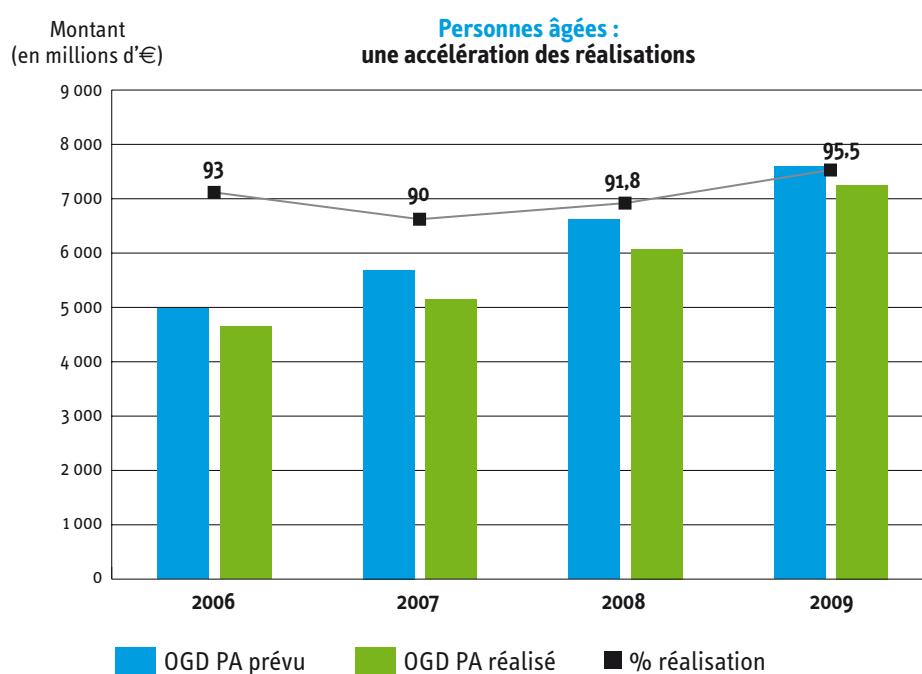
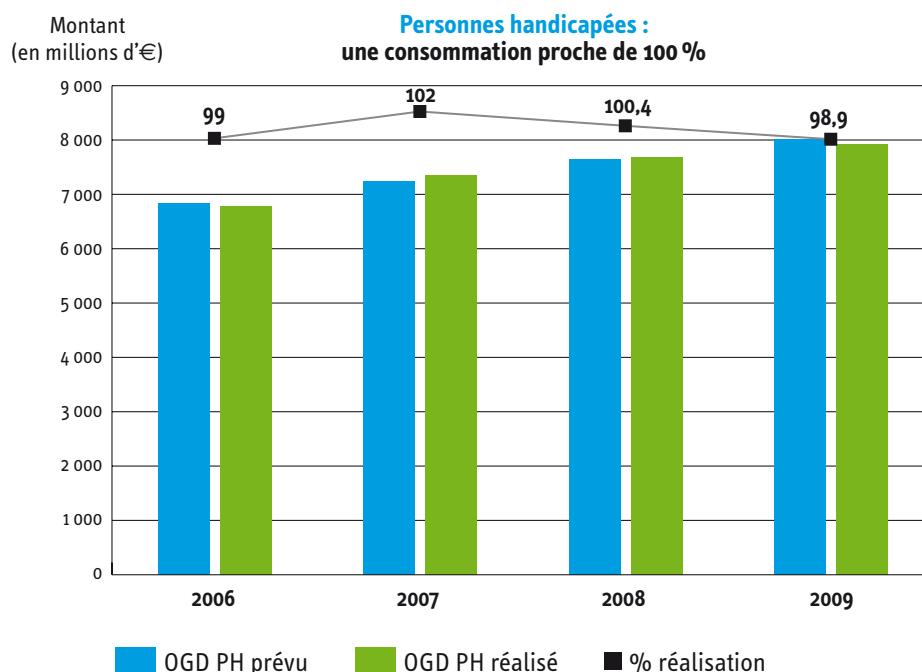
- Le cofinancement de formations par le biais des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) : la CNSA avait renouvelé pour un an, en 2008, les conventions conclues avec les quatre OPCA du secteur pour un montant de 10 M€⁽⁵⁾ ; ces avenants avaient été l'occasion de renforcer l'observation à travers la centralisation au niveau national des remontées d'indicateurs. Depuis l'automne 2009, date d'échéance de ces conventions, la CNSA procède avec les OPCA au bilan du dispositif afin de tirer tous les enseignements utiles pour la préparation des prochaines conventions à signer en 2010, sur une base triennale. Les premiers bilans font état de 4 611 parcours de formation cofinancés en 2008 et 2009, dont une grande majorité (70 %) concerne le diplôme d'aide-soignant.

- Le plan des Métiers : la CNSA a été chargée de financer (pour 7 M€) et de suivre les expérimentations lancées en juillet 2008 auprès des régions Alsace et Centre, puis en décembre 2008 auprès du Nord Pas de Calais, autour de quatre grands axes thématiques :
 - faciliter l'identification des besoins ;
 - recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ;
 - former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels ;
 - valoriser les métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

Les décisions concernant les suites à donner à ces expérimentations seront prises par les ministres en 2010, sur la base des bilans qui en seront faits. Les premiers retours soulignent la dynamisation du partenariat local et un effet levier du plan : tours de table facilités, meilleure connaissance partagée du secteur, effacement des frontières entre différents dispositifs. ►

(5) Les formations cofinancées par la CNSA portent sur les diplômes d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique, de moniteur éducateur et d'éducateur spécialisé. Les accords 2010-2012 intégreront les infirmiers ainsi que les assistants de soins en gérontologie.

Suivi des dépenses de l'OGD personnes handicapées et personnes âgées de 2006 à 2009⁽⁶⁾



(6) Données comptables notifiées par les régimes d'assurance maladie après régularisation des dépenses SSIAD personnes handicapées (4,8 % de la dépense SSIAD en 2006 et 2007, 5,5 % en 2008 et 5,9 % en 2009 transférée de l'OGD personnes âgées vers l'OGD personnes handicapées).

► APPROFONDIR LA CONNAISSANCE DES COÛTS EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Garante d'une utilisation optimale et équitable des crédits de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, la CNSA se doit d'apporter un éclairage sur les coûts de services financés par la solidarité nationale.

Elle est ainsi responsable de la mise en place d'un système d'information dédié à cette question. Celui-ci permet, aujourd'hui, d'assurer le suivi statistique et financier du processus de médicalisation des EHPAD (applicatif SAISEHPAD) et de disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires et des comptes administratifs des établissements et services pour personnes handicapées ainsi que des services de soins infirmiers à domicile (applicatif REBECA).

✳ Des travaux techniques en appui à la mise en œuvre ou à l'évolution des règles de tarification

La CNSA intervient en appui aux réflexions de l'administration centrale sur les évolutions de la tarification de différentes catégories d'établissements et services médico-sociaux (ESMS), au titre de l'expertise acquise sur le fonctionnement des structures et de ses responsabilités financières. Ainsi a-t-elle accompagné en 2008 l'étude commandée par la DGAS sur la tarification des SSIAD.

Cette responsabilité financière sur l'exécution des campagnes budgétaires motive de la part de la Caisse un approfondissement de la connaissance des coûts des ESMS. En 2009, plusieurs travaux ont ainsi été conduits dans ce cadre, sur des situations très différentes.

Dans le cadre du plan Autisme, la CNSA, en partenariat avec la DGAS et la DHOS et en collaboration avec l'Association nationale des centres de ressources autisme (ANCRA), a conçu un rapport d'activité standardisé des centres de ressources autisme (CRA) comprenant un volet budgétaire. L'exploitation des rapports annuels des centres de ressources régionaux doit permettre de mesurer de façon homogène l'activité de chaque CRA et son évolution, dans une approche missions-moyens. À partir de ce suivi pourra être déterminée la répartition des crédits complémentaires prévus par la mesure 12 du plan pour réduire les inégalités de dotation et objectiver les besoins de financement complémentaires liés notamment au renforcement de leur activité sur le champ des adultes. La première édition

de ces rapports portant sur l'année 2008 a été publiée en septembre 2009. La remontée de l'édition 2009 est attendue pour le 15 février 2010.

Contrairement au champ des EHPAD, la tarification des établissements pour personnes handicapées n'a pas fait l'objet de réforme ces dernières années. La CNSA s'est toutefois saisie de la question globale, en ce qui concerne les adultes handicapés, de l'adéquation du niveau de service avec les coûts pratiqués et les publics accueillis. La CNSA s'est attachée à aborder le sujet sous deux angles : d'une part, l'identification du lien entre les coûts et la lourdeur de la prise en charge ; d'autre part, l'isolement de coûts de fonctionnement fixes, non liés à la prise en charge.

Plusieurs directions de travail ont été mobilisées :

- la CNSA a financé une étude conduite par le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) à la demande de la FEGAPEI, qui s'est achevée en janvier 2010, sur les établissements pour adultes handicapés en comparant leurs moyens budgétaires à la population prise en charge, en fonction du handicap. Les difficultés méthodologiques et concrètes rencontrées pour le recueil de données comme les résultats obtenus soulignent à quel point il s'agit d'un champ d'étude à investir ;
- une première analyse des études réalisées en région par l'assurance maladie sur les MAS et FAM a été engagée ;
- un approfondissement des travaux menés par le CREAI des Pays de la Loire (EVASION) est prévu ;
- est mise en perspective l'utilisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) comme moyen d'identifier des « groupes homogènes » parmi le public accueilli dans les établissements et services pour adultes.

✳ Une nouvelle mission légale d'observation des coûts

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a introduit à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux missions de la CNSA une onzième mission. Elle la charge « *de réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9* ». Cette nouvelle disposition législative vient souligner l'importance de cette fonction d'observation des coûts.

Le Conseil de la CNSA avait insisté dans son rapport 2008 sur la nécessité de mieux connaître les conditions



Handicap rare : la définition d'une réalité très diverse

La première définition juridique du handicap rare a été donnée en 2000 par arrêté, qui figure à l'article D 312-194 du code de l'action sociale et des familles :

« *Sont atteintes d'un handicap rare les personnes présentant l'une des configurations de déficiences ou de troubles associés dont le taux de prévalence n'est pas supérieur à un cas pour 10 000 habitants et relevant de l'une des catégories suivantes.* »

- *L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave.*
- *L'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves.*
- *L'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves.*
- *Une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience.*
- *L'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle que :*
 - *une affection mitochondriale ;*
 - *une affection du métabolisme ;*
 - *une affection évolutive du système nerveux ;*
 - *une épilepsie sévère.* »

Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 s'est attaché à une approche par la rareté :

Le handicap rare combine trois types de rareté :

- rareté des publics (1 pour 10 000);
- rareté des combinaisons de déficiences (exemples : la surdi-cécité, association de troubles de la personnalité et/ou du comportement avec d'autres déficiences, souvent en lien avec des maladies neurodégénératives...);
- rareté et complexité des technicités requises (les techniques d'accompagnement en situation de rareté ne sont pas la simple addition des techniques d'accompagnement en situation de handicap).

... qui aboutissent au fait suivant... : 1 déficience + 1 déficience = handicap x 6.

Pour ces personnes, dont le handicap et la situation sont très diverses du fait de la combinaison des troubles observés, l'une des problématiques auxquelles est confrontée l'organisation de l'accompagnement est de combiner une expertise très spécifique et la proximité des réponses. C'est ce à quoi le schéma tente de répondre.

financières d'exercice de leurs missions par les établissements et services médico-sociaux. Sur la base de cette recommandation, la commission « établissements et services » du Conseil de la CNSA a ainsi décidé, le 10 juin 2009, la mise en place d'un groupe de travail chargé d'élaborer les indicateurs sur les moyens nécessaires aux structures pour remplir leurs obligations légales et réglementaires, en débutant ses travaux par la situation des EHPAD, compte tenu des récentes modifications les concernant. Cette commission du Conseil sur les normes et moyens de fonctionnement des établissements et services s'est réunie pour la première fois en septembre, rassemblant une quinzaine de ses

membres. Le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de l'université Paris Dauphine a été sollicité pour appuyer ses travaux, en développant une méthode de valorisation économique des normes.



CHAPITRE 4

MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

Accompagner les missions d'accueil,
d'évaluation et d'orientation des personnes

Les maisons départementales des personnes handicapées, issues de la loi du 11 février 2005, portent l'ambition d'offrir à toute personne handicapée une réponse personnalisée tout en s'inscrivant dans le principe d'une égalité de traitement de toutes les situations sur l'ensemble du territoire national. Depuis plus de quatre ans, la CNSA accompagne ces acteurs de proximité dans la mise en œuvre concrète du droit à compensation.



APPUI À L'ORGANISATION ET AU FONCTIONNEMENT DES MDPH

La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA précise le rôle d'animation, d'échange d'expériences et de pratiques en direction des maisons départementales des personnes handicapées confié à la CNSA. Il est le second levier, après le levier financier, pour veiller à l'égalité de traitement des demandes de compensation, par une harmonisation des pratiques.

*Un travail d'animation quotidien

Depuis 2006, la CNSA a mis en place différents outils de travail avec les MDPH : informations générales et réponses aux questions juridiques, insérées dans la lettre électronique bimensuelle *Info réseau MDPH*, rencontres mensuelles autour d'une thématique (cf. encadré p.75), deux rencontres annuelles des directeurs, nombreux déplacements de l'équipe de la CNSA dans les MDPH et appuis techniques personnalisés.

Ces derniers sont complétés par un dispositif de formation des professionnels des MDPH qui repose tout d'abord sur l'organisation de formations spécifiques dispensées par des formateurs-relais recrutés par la CNSA. Ces formations sont organisées sur des thèmes considérés comme prioritaires par la Caisse au regard des enjeux d'appropriation des dispositifs légaux et réglementaires et sur lesquels il n'existe pas encore d'offre suffisamment adaptée sur le marché. En 2009, il s'est agi de formations à l'utilisation du guide-barème par les équipes d'évaluation ainsi que sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit vingt-sept sessions qui ont regroupé quarante-six MDPH. Ensuite, ces interventions sont progressivement remplacées par la possibilité de faire appel à des formations offertes par les organismes du marché ayant répondu à un cahier des charges établi par la CNSA et sont

donc référencées par une commission qui confirme son respect par le prestataire. Les offres référencées sont affichées sur le site internet de la CNSA à la disposition des MDPH qui le souhaitent. Cinq thématiques sont actuellement disponibles sur l'accueil des personnes handicapées, l'évaluation des besoins, le GEVA, le plan de compensation et le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Au-delà de cette animation quotidienne, l'action de la CNSA en appui à l'organisation et au fonctionnement des MDPH s'est développée de façon plus spécifique sur certains sujets.

*Un soutien financier accru confirmé aux MDPH

En tout premier lieu, la CNSA contribue directement au fonctionnement des MDPH par un concours financier. Ce concours avait été porté de façon pérenne de 30 M€ en 2007 à 45 M€ en 2008. En mars 2009, le Conseil de la CNSA a décidé de compléter l'abondement de ce concours pérenne par un concours exceptionnel de 15 M€ afin de les aider à faire face à l'accroissement de leur charge de travail liée à l'ouverture de la PCH aux enfants et à la réforme de l'AAH (cf. p. 39).

La CNSA a renouvelé en 2009 l'initiative mise en place en 2008 visant à connaître l'ensemble des ressources mobilisées par les différents membres du groupement d'intérêt public (GIP) et les coûts complets de fonctionnement des MDPH (dépenses propres et moyens mis à disposition par les contributeurs du GIP). L'ensemble des MDPH a rempli la maquette budgétaire portant sur les comptes administratifs 2008, exprimant par cette mobilisation l'utilité d'un tel exercice tant pour leur pilotage départemental que pour le pilotage national.



► De l'analyse de cette enquête, il ressort que les conseils généraux sont les plus gros contributeurs dans les départements les plus peuplés. Dans les départements les moins peuplés, c'est l'État qui est le principal contributeur, la CNSA étant quant à elle relativement plus présente dans les départements de taille moyenne. Le coût global du dispositif des MDPH est évalué nationalement à 252,6 M€, tous financeurs confondus.

★ Système d'information : de la définition des données à l'informatisation

Les conventions d'appui à la qualité de service signées entre la CNSA et chaque département sont conçues, par l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, comme de véritables instruments au service de l'égalité de traitement. Elles fondent notamment les remontées d'informations sur les données d'activité des MDPH : sont définis en annexe le calendrier et la nature des données échangées. Ce partage de données rend possible l'élaboration et la diffusion par la CNSA d'analyses décrivant l'activité des MDPH et l'évolution des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie. Dans une première étape, l'objectif a été de poursuivre la diffusion des indicateurs produits dans les systèmes nationaux des anciennes commissions tout en y ajoutant des données sur la nouvelle prestation, la prestation de compensation. Les départements peuvent ainsi situer leurs résultats parmi les résultats nationaux.

Les nouvelles conventions signées en 2009 ont approfondi le dispositif d'échange (*cf. partie 3 – chapitre 1*) et permettront aux départements de mieux se positionner par rapport à des départements qui leur sont comparables par un ou plusieurs critères.

La CNSA a accompagné l'acquisition par chaque MDPH du système d'information qui lui permettra localement de gérer son activité et de produire ses indicateurs, en remplacement des applicatifs ITAC et OPALES dont se servaient les anciennes commissions (COTOREP et CDES). Cette action d'accompagnement a été conduite dans le souci d'accélérer les démarches et de permettre la remontée et la consolidation des informations au niveau national, de manière à ce que tous ces systèmes locaux participent à la création d'un système d'information partagé sur l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH). Le basculement d'un système d'information à l'autre, engagé par certaines MDPH dès 2007, est entré en phase de généralisation en 2009, incité par la suppression annoncée des logiciels ITAC et OPALES à la fin de l'année. Fin 2009, 90 MDPH avaient abandonné ITAC.

Si une première version des systèmes d'information locaux est désormais en place dans la quasi-totalité des départements, la constitution du SIPAPH continue de mobiliser la CNSA et les partenaires nationaux et locaux (*cf. p. 92*).

★ L'organisation territoriale des MDPH : vers un accueil personnes âgées- personnes handicapées

L'implantation territoriale de la MDPH est un objet de réflexion dans tous les départements au regard de l'objectif d'accessibilité pour les personnes handicapées des services d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation. Tout d'abord préoccupés par le rassemblement dans un seul lieu des équipes autrefois dispersées, afin de matérialiser ce « guichet unique » tant réclamé, les départements abordent progressivement la question de l'ouverture d'antennes territoriales. Seuls 47 % d'entre eux avaient mis en œuvre ce mouvement fin 2008. C'est sans doute que cela conduit assez vite à s'interroger, dans un souci de mutualisation des moyens, sur les partenariats institutionnels les plus opportuns à mettre en place et sur la convergence des politiques à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

Face à l'importance prise par cette problématique au niveau local et dans le prolongement des propositions de son Conseil, la CNSA s'est engagée fortement en 2009 dans l'accompagnement de ces réflexions relatives à l'organisation locale.

Sans attendre les évolutions législatives dans le cadre du débat autour de la construction d'un nouveau champ de protection sociale, plusieurs départements ont souhaité expérimenter des « maisons de l'autonomie » (MDA). Ces expérimentations prennent plusieurs formes : rapprochement géographique des équipes d'accueil et parfois d'évaluation des personnes âgées et handicapées pour certains, convergence des pratiques professionnelles pour d'autres, qui considèrent que les outils, les méthodes, les professionnels et les dispositifs mobilisés pourraient être communs, quand bien même les prestations finalement accordées resteraient différentes. C'est pour mieux comprendre ce que ces évolutions peuvent apporter que la CNSA a décidé de soutenir financièrement et méthodologiquement trois projets qui cumulent les deux dimensions de rapprochement des organisations et de convergence des pratiques : ceux du Cantal, de la Corrèze et de la Côte d'Or. Lancés en 2009, ces projets se prolongent sur l'année 2010.



Douze journées d'échanges pour faire émerger de bonnes pratiques

Depuis 2006, la CNSA accompagne les MDPH dans la mise en place de leurs missions en identifiant et en diffusant des pratiques dans le cadre de réunions mensuelles thématiques ouvertes à une quinzaine de professionnels des MDPH. Ces « Jeudis pratiques de la compensation » permettent d'expliquer les règles applicables et de dégager des solutions pratiques à partir de cas réels que les MDPH ont à traiter, ainsi que de souligner les difficultés persistantes d'application de la réglementation.

En 2009, cent dix-huit personnes représentant cinquante-six MDPH ont participé aux douze réunions proposées.

8 janvier : le projet de vie.

22 janvier : l'AEEH et la PCH enfants.

14 février : le rapport annuel du président du conseil général sur la MDPH.

12 mars : la territorialisation de la MDPH sur le département.

9 avril : l'accès des personnes handicapées au droit commun.

14 mai : la fonction d'observation de la prise en charge des personnes handicapées : évaluation individuelle des besoins, décisions d'orientation, participation de la MDPH à l'élaboration des schémas départementaux des personnes handicapées.

4 juin : le projet personnalisé de l'étudiant.

9 juillet : la réforme AAH-RQTH.

10 septembre : le suivi des décisions de la MDPH.

8 octobre : la place des associations de personnes handicapées dans la MDPH.

5 novembre : la formation professionnelle des personnes handicapées.

3 décembre : l'accueil et la communication de la MDPH.



La mise en œuvre du plan Alzheimer, auquel la CNSA contribue fortement (*cf. partie 2 – chapitre 2*), offre un autre cadre pour ces rapprochements, à travers la mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA). Parmi les dix-sept projets retenus à la suite de l'appel à projets lancé à l'été 2008, deux sont portés par des MDPH : celle du Pas de Calais et celle du Gers. Outre l'intégration des services – de la prise en charge sanitaire jusqu'à l'accompagnement social des malades Alzheimer et de leur famille –, qui est au cœur du projet des MAIA, ces deux MDPH expérimentent par la même occasion l'élargissement de leur champ d'action des personnes handicapées vers les personnes âgées.

Enfin, la CNSA s'est engagée, dans le cadre d'un partenariat avec l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS), dans un travail d'observation plus large. L'étude lancée fin 2009 vise à dresser un état de la territorialisation des politiques d'accueil, d'information, d'évaluation des besoins et de préorientation des personnes âgées ou handicapées et à questionner en particulier les stratégies des départements.

★ L'implication des usagers dans le fonctionnement des MDPH

La loi du 11 février 2005 veut promouvoir le principe de participation des usagers aux décisions qui les concernent. La place donnée aux associations au sein de la MDPH traduit ce principe. La CNSA a prolongé en 2009 les deux démarches initiées en 2007 destinées à le faire.

Il s'agit tout d'abord du principe de la mise en place d'une mesure de la satisfaction des usagers, arrêté par le Conseil de la CNSA dans le cadre de l'élaboration des premières conventions d'appui à la qualité de service.

Proposé aux départements volontaires pour l'utiliser depuis 2007, le dispositif, construit de façon participative entre MDPH et usagers, a été déployé dans soixante MDPH volontaires ; plus de 16 000 questionnaires ont été traités entre 2007 et fin 2009 pour le compte des MDPH concernées par le prestataire recruté par la CNSA.

Pour prolonger ce dispositif, qui a pris fin en décembre 2009, la CNSA a constitué un groupe ►



► technique réunissant des représentants des associations et des MDPH pour analyser l'utilisation passée et faire évoluer le dispositif actuel. Le nouveau dispositif de mesure de la satisfaction des usagers MDPH, disponible depuis le 12 janvier 2010, repose sur un questionnaire simplifié ; sera amplifiée l'utilisation de la version web, moins onéreuse, du questionnaire, notamment par la création d'une adresse URL spécifique : <http://satisfactionmdph.fr>.

Le statut juridique de la MDPH, groupement d'intérêt public, implique un travail de concert et une construction commune des réponses les plus adaptées par les associations de personnes handicapées entre elles, les professionnels des MDPH et les représentants associatifs.

Afin de favoriser l'émergence d'une culture commune, la CNSA a testé un prototype de formation-action pour les agents des MDPH et les représentants de leurs partenaires associatifs basé sur des ateliers de mise en situation. Initié en 2007 entre cinq MDPH d'Île de France et une quinzaine d'associations représentatives de personnes handicapées, le concept de rencontre pour une culture partagée a été reproduit en Guadeloupe en 2008 et sur deux autres territoires en 2009 :

- le 19 mai, quatre départements d'Alsace et de Lorraine – Bas Rhin, Moselle, Meuse et Meurthe et Moselle – ont souhaité s'inscrire dans cette démarche, qui a rassemblé 150 personnes ;
- le 13 novembre, c'est le département du Pas de Calais

qui a souhaité proposer à tous les agents de la MDPH cette formation-action, qui a regroupé 200 personnes.

ÉVALUATION : DE L'EXPERTISE À L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES

En matière de référentiels nationaux d'évaluation des besoins des personnes, la loi a confié à la CNSA une mission d'expertise technique et de mise à disposition de méthodes et d'outils.

Au cœur du dispositif d'aide à l'autonomie, l'évaluation doit permettre de proposer un plan personnalisé de compensation et l'accompagnement le plus adapté à la situation et aux besoins de la personne, clairement identifiés en référence à son projet de vie. Le principe législatif de personnalisation des réponses fait de la qualité de l'évaluation un paramètre essentiel pour l'atteinte des objectifs assignés par la nouvelle loi.

L'année 2009 a marqué une étape importante dans l'aboutissement d'un certain nombre de travaux initiés dès les débuts de la Caisse.

★ L'aboutissement de premiers travaux sur l'évaluation dans le cadre de colloques scientifiques

Le Conseil scientifique de la CNSA a créé en son sein, en 2007, une commission pour accompagner la réflexion en

matière d'évaluation. En 2009, deux colloques scientifiques ont été organisés afin de valoriser les travaux engagés par la Caisse sur ce sujet.

Les premières rencontres scientifiques de la CNSA ont été organisées les 11 et 12 février sur le thème « Évaluer pour accompagner ». Les objectifs poursuivis par ces rencontres étaient de clarifier les concepts concernant l'évaluation individuelle des besoins des personnes, tant à domicile qu'en institution et quel que soit leur âge. Cette manifestation, ainsi que les travaux qui l'ont précédée, ont permis aux participants d'échanger sur les pratiques et sur les méthodes utilisées, avec leurs avantages et inconvénients respectifs, et de mettre en débat les tensions ressenties par les différents acteurs, en croisant les regards sur ces questions complexes.

Ces rencontres ont rassemblé plus de sept cents participants – parmi lesquels 53 % de professionnels, 22 % d'associations et usagers, 11 % de chercheurs et 9 % de décideurs. Des experts venus des États-Unis, du Canada, du Japon et d'Europe ont témoigné de la diversité des pratiques, des outils et des démarches d'un pays à un autre.

Les présentations étaient nourries à la fois par les expériences de terrain et par les résultats de travaux de recherche.

Ces rencontres ont ainsi été le cadre d'une diffusion des résultats de plusieurs études pilotées par la CNSA :

- une enquête conduite en interne sur onze outils et démarches d'évaluation à partir de fin 2007 de manière à aboutir à une typologie des outils existants dans ce champ ;
- une large étude sur les pratiques d'évaluation conduite auprès des acteurs locaux, consistant à rendre compte des organisations et des pratiques mises en place dans les MDPH, les équipes médico-sociales des conseils généraux et les établissements et services accompagnant au quotidien les personnes. Elle a mis en évidence une forte hétérogénéité des pratiques et un fort besoin d'accompagnement par la CNSA des équipes pour l'évaluation tant des besoins des personnes âgées que des personnes handicapées ;
- une étude portant sur les perceptions, par les usagers, des outils et démarches d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie. Elle a mis en évidence que la démarche d'évaluation était méconnue par les personnes, particulièrement lorsqu'elles étaient accueillies en établissement. Elle a souligné la nécessité de réfléchir à la place que peut occuper l'usager dans les démarches d'évaluation et d'accompagnement de la personne. Cette réflexion devrait sans doute conduire à la mise en œuvre systématique du droit à l'information, à la création de protocoles d'utilisation

des outils et de déroulement des séquences d'évaluation, et au développement d'échanges de pratiques entre professionnels.

Ces premières rencontres ont été suivies, le 23 mars, par un colloque consacré à l'évaluation des handicaps d'origine psychique. Les particularités de l'évaluation pour les personnes en situation de handicap psychique étaient apparues dès les premiers travaux conduits par la CNSA. Cela l'avait conduite à confier au CEDIAS-Délégation ANCREAI Île de France une expérimentation nationale, basée sur l'étude de cent vingt cas réels d'enfants et d'adultes dans quinze départements, dont les résultats ont été présentés au cours de ce colloque. Le partenariat entre équipes des MDPH et équipes de soins est apparu comme un déterminant essentiel de la réussite de l'évaluation de ces personnes, en raison des spécificités du handicap psychique, pour lequel le projet de soins est indissociable du plan d'accompagnement dans les différentes dimensions de la vie (cf. p. 80). Cet événement a réuni cinq cents usagers et professionnels des secteurs psychiatrique et médico-social.

En parallèle à cette expérimentation concernant l'articulation entre les acteurs de l'évaluation « de premier niveau » des besoins des personnes avec un handicap d'origine psychique, la CNSA a soutenu également une autre expérimentation portant sur des équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEHP). Portées par le réseau Galaxie, ces équipes ont testé une prestation d'évaluation approfondie et dans la durée, en relais et sur demande des équipes pluridisciplinaires de six départements volontaires.

Tout cela invite à des actions de rapprochement et de sensibilisation des différents acteurs concernés. Elles sont d'ores et déjà engagées sous forme de diffusion de ces résultats.

***Mise en place des outils au service de cette démarche d'évaluation par les MDPH**

La nécessité d'une évaluation multidimensionnelle est introduite dans la loi de 2005 du fait de la définition du handicap, qui s'appuie sur les concepts développés au niveau international, notamment par l'OMS, à travers la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), référentiel d'évaluation pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH prévu par l'article L.146-8 du CASF, a été conçu dans cette logique. Il a été élaboré et testé avec la contribution de la CNSA à partir de 2006 et a acquis une force réglementaire en mai 2008. ➤

► Ces tests, qui ont donné lieu à de premières adaptations, ont également mis en évidence la nécessité d'outiller les équipes chargées de la mise en œuvre de l'évaluation des besoins des personnes.

Deux chantiers parallèles et complémentaires ont été ouverts.

- Pour améliorer la cotation des capacités fonctionnelles de la personne handicapée, un guide a été élaboré en partenariat avec les acteurs locaux. Cette cotation, qui s'insère dans l'un des volets du GEVA consacré à la description des limitations d'activité de la personne, est en effet essentielle pour déterminer l'éligibilité à la prestation de compensation (PCH) puisque seules les personnes rencontrant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à l'accomplissement de dix-neuf activités définies par décret (se mettre debout, se laver, parler...) peuvent prétendre au bénéfice de la PCH. Ce guide de cotation des capacités fonctionnelles a été mis à disposition des équipes en mars 2009 sous la forme d'un document de travail; les tests de reproductibilité sont encore en cours qui permettront d'aboutir à une version stabilisée fin 2010.
- Pièce indispensable à l'instruction des demandes adressées par une personne en situation de handicap à la MDPH, le certificat médical conditionne également, en fonction de la manière dont il est rempli par les médecins traitants, la qualité de l'évaluation. Un nouveau certificat médical a également été publié. La CNSA a élaboré, pour accompagner sa diffusion, des kits de formation construits avec des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires pour sensibiliser leur réseau local de médecins. Cette action de sensibilisation est complétée par une démarche similaire conduite directement par la CNSA auprès des acteurs nationaux (Ordre des médecins, unions régionales des médecins libéraux...).

Ces deux outils doivent favoriser une plus grande homogénéité des pratiques d'évaluation et ainsi une meilleure égalité de traitement pour l'attribution des droits ou prestations.

★ Appropriation du GEVA : bilan et plan d'action

L'article 2 du décret n° 2008-110 du 6 février 2008 qui a donné force réglementaire au GEVA prévoit qu'un bilan de son utilisation soit établi par la CNSA un an après son entrée en vigueur. Afin d'appuyer le bilan et les préconisations sur un constat partagé, la CNSA a mis en place un comité de suivi et d'appropriation composé d'experts et de représentants d'associations de personnes handicapées, des maisons départementales des personnes

handicapées (MDPH), de l'Assemblée des départements de France et des administrations.

La réflexion s'est nourrie des différents travaux qualitatifs sur l'évaluation des besoins des personnes pilotés par la CNSA et son Conseil scientifique et a abouti à un rapport finalisé à la fin de l'année 2009 et remis à la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, le 29 janvier 2010.

Il fait trois constats :

- le GEVA est utilisé par une large majorité de MDPH, parfois partiellement et surtout dans le cadre de l'instruction des demandes de PCH;
- les obstacles rencontrés dans l'appropriation relèvent pour partie de la lourdeur de la manipulation du document (version papier) mais en premier lieu de la difficulté d'évaluer;
- le GEVA a trouvé sa place comme outil de soutien au dialogue entre les membres des équipes pluridisciplinaires des MDPH et entre ces équipes et les membres des commissions des droits et de l'autonomie.

S'appuyant sur ces constats, la CNSA a adopté un plan d'action sur deux ans visant à accompagner l'appropriation du GEVA.

Parmi les axes à privilégier figurent :

- l'informatisation du GEVA, qui a d'ores et déjà donné lieu à un pilote en 2009, diffusé gratuitement à toutes les MDPH;
- l'utilisation du GEVA pour les situations justifiant d'une évaluation d'ensemble;
- le développement de la « GEVA-compatibilité »; l'ensemble des acteurs qui interviennent à un moment ou à un autre dans l'accompagnement des personnes handicapées portent à ce titre un regard sur la situation de ces personnes. Considérés ainsi comme des partenaires de l'évaluation, leur contribution doit pouvoir être recueillie dans le GEVA, grâce à un travail sur la compréhension de ce que chacun doit communiquer de ses observations et à la compatibilité technique de format des données échangées.

L'évaluation prend sa place dans un processus qui, partant de la situation de la personne et de sa demande, conduit à la préconisation et au financement de tout ou partie des réponses. Les travaux portant sur l'amélioration des pratiques d'évaluation ne peuvent ainsi se désintéresser, en amont, de son articulation avec le projet de vie de la personne handicapée – dont la loi a prévu qu'il doit être pris en compte par l'équipe pluridisciplinaire – et en aval avec le plan de compensation.

L'étude conduite avec l'ODAS sur les plans personnalisés de compensation (PPC), en 2007, avait rendu compte du



Les explications de l'attribution inégale de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

En 2007, l'AAH a concerné 850 000 personnes et a coûté 5,5 milliards d'euros au budget de l'État. La dépense a crû de 5 % entre 2006 et 2007 et le nombre de bénéficiaires de 4,5 % entre 2007 et 2008.

L'attribution de l'AAH est faite par les MDPH, dont elle représente un cinquième de l'activité, soit près de 350 000 décisions en 2007.

Un audit de modernisation conduit en 2006 avait constaté des écarts importants en matière d'attribution de cette allocation allant de 1 à 4 pour 1 000 habitants.

Les travaux statistiques conduits dans le cadre du groupe de travail avec le concours de la DREES ont mis en évidence les déterminants des écarts de taux d'admission entre les départements :

- les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par la différence des facteurs socio-démographiques – taux de pauvreté, taux de demandeurs de prestations liées au handicap, part des plus de 45 ans dans la population, proportion des demandeurs d'emploi travailleurs handicapés dans l'ensemble des demandeurs d'emploi, part des ouvriers dans l'emploi ;

- un tiers relèverait de pratiques d'évaluation différentes. Cela est lié notamment à des organisations différentes des MDPH (composition de l'équipe pluridisciplinaire et appel variable à des expertises externes – Pôle emploi, Cap emploi...). La marge d'interprétation des textes sur les critères d'éligibilité est également responsable de pratiques diverses.

chemin à parcourir pour que l'élaboration du PPC, outil prévu par la loi de 2005, trouve véritablement sa place dans les pratiques. Le plan d'action revient sur la nécessité de travailler à son articulation avec le GEVA.

Le projet de vie constitue encore souvent, quant à lui, un objet mal identifié. C'est par son soutien à des expérimentations locales portées par des associations de représentants de personnes handicapées et des MDPH que la CNSA s'attache à mieux documenter le sujet. En 2008 et 2009, quatre expérimentations ont fait l'objet d'un accord de soutien par la Caisse.

VERS DES PRÉCONISATIONS AFFINÉES EN MATIÈRE D'EMPLOI ET DE LOGEMENT

★ Emploi

Les MDPH ont certes été très mobilisées par la mise en place de la PCH, dont la nouveauté a requis un fort investissement de leur part pour s'approprier le dispo-

sitif. Elles n'ont pas pour autant vu décroître leur rôle en matière d'orientation professionnelle. En 2008, alors que l'attribution de la PCH constituait 6 % des décisions des CDAPH, les décisions relatives à l'emploi représentaient 27 % des décisions (10 % pour l'orientation professionnelle et 17 % pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH⁽¹⁾). Si on ajoute les décisions relatives à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés – AHH (19 %) –, ce sont près de 50 % des décisions de la CDAPH qui nécessitent une appréciation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi.

Depuis 2008, la réforme de l'AAH et son lien avec l'insertion professionnelle ont conduit la CNSA à ouvrir plusieurs chantiers d'appui aux MDPH.

Dans le prolongement du Pacte pour l'emploi annoncé en juin 2008, qui prévoit que les demandeurs d'AAH fassent systématiquement l'objet d'une reconnaissance de travailleur handicapé, la CNSA a animé un groupe de travail sur les modalités d'attribution de l'AAH, composé de représentants de vingt-six MDPH et des administrations centrales. Installé le 19 février, il avait ➤

(1) Données issues de la synthèse des rapports d'activité des présidents des MDPH sur l'année 2008, adressés à la CNSA par les présidents des conseils généraux – échantillon de cinquante-trois MDPH – novembre 2009.

► pour objectif d'éclairer les pratiques d'attribution de l'AAH et participer ainsi aux réflexions des décideurs politiques sur l'évolution réglementaire de l'AAH. Les travaux du groupe de travail, accompagnés par la DREES, ont permis d'aller au-delà du constat de la forte hétérogénéité dans l'attribution de l'AAH en expliquant pour les deux tiers cette variabilité par les différences socio-économiques entre les départements (cf. encadré p. 79). Des préconisations ont été remises aux ministres en juillet, après sept séances de travail :

- clarifier les règles du jeu (préciser le cadre réglementaire, formaliser la « jurisprudence de la CDAPH ») et développer des relations avec les tribunaux du contentieux de l'incapacité) afin d'harmoniser les règles appliquées;

- se doter d'outils méthodologiques complémentaires pour l'évaluation de l'employabilité des personnes, qui est l'un des critères d'attribution de l'allocation;

- formaliser les processus de demande d'AAH.

C'est la charge de travail accrue résultant, pour les MDPH, de cette réforme qui avait justifié pour partie l'attribution de crédits supplémentaires aux MDPH par le Conseil de la CNSA en mars 2009.

La CNSA, quant à elle, a prolongé cet investissement, en participant, avec la DGAS et la DGEFP, à l'élaboration d'un guide sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'orientation professionnelle des personnes demandant le bénéfice de l'AAH, mis à la disposition des MDPH en janvier 2010.

Elle a également accompagné les travaux de la mission confiée par les ministres à quatre experts, parmi lesquels le docteur Busnel, membre du Conseil scientifique de la CNSA, visant à définir la notion d'employabilité. Le rapport *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous – Évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi – Prévenir la désinsertion socio-professionnelle* a été remis en janvier 2010.

L'appui aux missions des MDPH en matière d'emploi a également consisté à les aider à mettre en place des partenariats locaux avec les acteurs du monde de l'emploi. En 2009, tirant des enseignements positifs de l'expérimentation RECORD (Réseau de ressources coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap) soutenue en 2007-2008, la CNSA a proposé à dix nouvelles MDPH de mettre en œuvre dans leur département cette démarche partenariale.

Afin d'appuyer les MDPH dans leurs missions relatives à l'emploi, la CNSA a mis en place une animation des référents insertion professionnelle constitués ainsi en réseau.

Cet investissement important de la CNSA dans le champ de l'emploi a conduit à créer une animation spécifique du réseau des référents insertion professionnelle des MDPH, qui sont invités à participer à des réunions nationales d'information et d'échanges de pratiques. La première a eu lieu à Orléans le 24 novembre.

★ Logement

Très rapidement après leur création, les MDPH ont demandé le soutien de la CNSA sur la thématique de

Les spécificités de l'évaluation pour les situations de handicap d'origine psychique

Les enseignements de l'étude conduite par le CEDIAS pour la CNSA – mars 2009

Une « altération psychique » peut entraîner, dans des conditions environnementales déterminées, des limitations d'activité ou des restrictions de participation sociale constituant de fait une situation de handicap d'origine psychique. L'évaluation de ces situations, dans le cadre de l'accès aux droits ouverts par la loi de 2005, est rendue difficile du fait des caractéristiques multiples des altérations psychiques, de la variabilité et de l'imprévisibilité des phases des maladies mentales.

C'est ce qui a justifié que la CNSA engage des travaux spécifiques sur l'évaluation du handicap psychique, dont les résultats sont destinés à être directement utilisables par les équipes des MDPH très largement confrontées à ces situations :

- du fait de la variabilité des troubles, l'évaluation doit être appuyée dans la durée sur des mises en situation concrète, permettant la maturation et l'expression progressive du projet de vie de la personne ;
- le projet de soins étant indissociable du plan d'accompagnement dans les différentes dimensions de la vie sociale, l'évaluation nécessite un partenariat actif entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes de soins ;
- il est nécessaire de s'appuyer sur un triptyque de l'expertise : celle de la personne, en premier lieu, celle de son entourage et celle des professionnels de terrain qui l'accompagnent ;
- le poids majeur de l'environnement, la réalisation ou la non-réalisation des activités sont, pour cette population encore plus que pour les autres, conditionnés non seulement par des limitations attribuables à la personne et à l'effet des déficiences dont elle souffre, mais surtout par la rencontre de ces difficultés avec des environnements se comportant comme des facilitateurs ou des obstacles. Une évaluation soigneuse et une prise en compte de l'impact de l'environnement sont certainement des facteurs majeurs d'une réussite dans la durée de l'accompagnement de ces personnes.

l'adaptation du logement afin d'améliorer les réponses apportées aux besoins d'aménagement de logement financées par la PCH. La complexité de l'évaluation à la fois des besoins de la personne et de son environnement conduit les équipes pluridisciplinaires à s'interroger sur leurs pratiques et sur les possibilités de réponse.

La CNSA a répondu à cette demande par un appui juridique et l'organisation de plusieurs réunions d'échanges de pratiques (les « Jeudis pratiques de la compensation ») sur l'adaptation et l'aménagement du logement. Devant les besoins très précis qui sont apparus sur la question particulière du calcul du volet « aménagement du logement » de la PCH, un groupe de travail spécifique a été mis en place en 2009. Constitué d'une trentaine de MDPH, il a produit un guide d'aide à la décision pour l'attribution et le calcul du volet aménagement du logement de la prestation de compensation du handicap.

Par ailleurs, la CNSA a souhaité organiser une journée technique à destination des équipes des MDPH et des conseils généraux leur permettant de rencontrer les différents partenaires nationaux et locaux du secteur et d'échanger sur les pratiques existantes ou sur les diverses étapes du processus de mise en œuvre d'un logement adapté. Cette journée technique « Autonomie et logement », programmée le 5 février 2010, a été organisée en partenariat avec la Fondation des Caisses d'Épargne pour la solidarité.

IMPLICATION DES ÉQUIPES DES MDPH DANS LA CONCEPTION DE RÉFORMES DE LA PCH

L'appui technique que la CNSA apporte quotidiennement aux MDPH prend aussi la forme de réponses aux questions que les professionnels se posent dans la mise en œuvre de la loi de 2005, et particulièrement sur la nouvelle prestation de compensation du handicap. L'animation de sa rubrique de questions/réponses créée à leur intention permet à la CNSA d'assurer une veille sur les difficultés concrètes que peut poser la législation et d'apporter à l'administration en charge des évolutions réglementaires et législatives une expertise et des propositions nourries de l'expérience du terrain.

C'est à ce titre que la CNSA s'est vu confier par le secrétariat d'État aux Personnes handicapées, dans le prolongement de la Conférence nationale du handicap de

juin 2008, l'animation de la réflexion relative aux frais de transport des personnes handicapées, notamment entre le domicile et l'établissement. En effet, leur prise en charge est au croisement de plusieurs logiques de financement : prestation de compensation du handicap, aide sociale de l'assurance maladie et intégration aux budgets des établissements médico-sociaux. Depuis la création de la PCH, certaines caisses d'assurance maladie qui assuraient la prise en charge de ces frais ont réduit leur intervention, alors même que le plafond de la PCH sur ce volet (200 € par mois) n'en permet pas toujours une prise en charge adaptée.

Le travail collectif animé par la CNSA a fait participer des représentants d'associations de personnes handicapées, de départements et de MDPH, de directeurs d'établissements et d'associations gestionnaires d'établissements, des représentants des services de l'État concernés (DDASS, DGAS et DSS) ainsi que des représentants de la CNAMTS et de la CCMSA.

Ce groupe s'est réuni sept fois, entre le 2 mars et le 2 juillet 2009, pour étudier notamment la pertinence d'intégrer les frais de transport dans le budget des établissements accueillant des personnes handicapées adultes, chaque fois que cela est possible, comme cela se fait aujourd'hui dans les établissements pour enfants.

C'est sur la base du rapport et des propositions issues de ce groupe de travail que le Gouvernement a prévu, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, un dispositif rénové de prise en charge des frais de transport des personnes accueillies en externat en MAS-FAM. Ce dispositif correspond à une dépense annuelle estimée à 35 M€.

Les réflexions sur l'évolution de la PCH concernent également la PCH enfants. Créeé en 2008, pour répondre aux échéances posées par la loi de 2005, la PCH enfants existe dans le cadre d'un régime optionnel entre les compléments de l'allocation d'éducation pour les enfants handicapés ou les volets de la prestation de compensation du handicap. Des travaux complémentaires ont été pilotés par la CNSA en 2009 afin d'expérimenter les situations des enfants dont la famille a choisi l'une ou l'autre de ces prestations pour préparer une évolution de ce dispositif trop complexe. Une étude des besoins de compensation de cinq cents enfants a ainsi été diligentée (cf. p. 96).



CHAPITRE 5

AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES

Renforcer la qualité et l'accessibilité
de l'accompagnement

Les solutions de compensation pour l'autonomie prennent des formes très variées pour s'adapter à la diversité des besoins, des situations et des projets de vie des personnes concernées. La disponibilité et l'accessibilité financière d'aides techniques et humaines de qualité, à domicile comme en établissement, conditionnent la mise en œuvre concrète du droit à compensation.



APPUYER LA MODERNISATION ET LA PROFESSIONNALISATION DE L'AIDE À DOMICILE

L'efficacité et la qualité des services d'aide à domicile conditionnent la mise en œuvre des solutions de compensation pour les personnes en perte d'autonomie dont le projet est de vivre à domicile. La CNSA dispose d'un levier financier important pour appuyer la modernisation et la professionnalisation de ce secteur : la section IV de son budget, dotée de 77,9 M€ en 2009. Cette aide était initialement mise en œuvre *via* des conventions avec les opérateurs locaux dont les projets avaient été sélectionnés par les préfets.

Dans un souci de plus grande efficience administrative et de cohérence avec les politiques portées par les autres acteurs intervenant dans ce champ, la CNSA s'est engagée, à partir de 2006, dans un mouvement visant à privilégier des partenariats plus structurants avec les conseils généraux, d'un côté, et de grands opérateurs de l'aide à domicile au niveau national et les organismes paritaires collecteurs agréés, de l'autre.

La section IV finance également la formation des professionnels intervenant dans les établissements médico-sociaux ; ces financements sont mis en œuvre par une politique de conventionnement avec les organismes paritaires collecteurs agréés – OPCA (*cf. partie 3 – chapitre 3*).

✿ Des conventions avec les départements

En 2006, dix conventions avaient été signées avec les conseils généraux. En 2008, la généralisation de cette politique de conventionnement a été décidée par l'État et la CNSA, les conventions départementales ayant

vocation à remplacer, dans les territoires où elles sont passées, les conventions avec les associations locales d'aide à domicile. Cette politique reconnaît aux conseils généraux le rôle de chef de file en matière de développement des services à destination des personnes âgées et handicapées sur leur territoire, en cohérence avec la répartition des compétences prévue par la loi en la matière.

En 2009, quinze conventions ont pu être signées, dont treize avec des départements n'ayant jamais conventionné, les autres correspondant à des renouvellements. Cela porte à quarante-cinq le nombre de départements couverts par une convention, à fin 2009.

L'importance du travail nécessaire à la signature d'une convention et l'impératif d'une adhésion du conseil général concerné expliquent que l'objectif de couverture du territoire national à fin 2009 n'aït pu être totalement atteint.

Parallèlement au déploiement du conventionnement, la CNSA s'est attachée à mettre en place les outils de suivi de ces conventions : définition d'une typologie des actions couvertes, élaboration d'indicateurs de suivi, installation d'un outil informatique de gestion.

Enfin, les nouvelles conventions d'appui à la qualité de service signées en 2009 rendent compte de l'existence ou d'un projet de partenariat avec la CNSA sur la modernisation des services à domicile, dans un souci de meilleure visibilité des relations établies par la Caisse avec chacun de ses interlocuteurs locaux (*cf. p. 50*).

✿ Une démarche qualité engagée avec les têtes de réseau et leurs OPCA

Il est également apparu utile de pouvoir s'appuyer sur les têtes de réseau pour impulser des démarches fortes de modernisation et de professionnalisation dans ➤

►► les associations gestionnaires de services à domicile relevant de chacun d'eux.

Le renouvellement des conventions avec les grands opérateurs du secteur a été engagé, avec l'État, en 2008. Après un premier protocole avec l'Union nationale des soins et des services à domicile (UNA) et l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), ce sont six conventions qui ont été signées en 2009 avec la CNSA pour un programme de modernisation.

- Deux conventions ont été signées avec la Fédération ADESSA À DOMICILE : l'une, le 17 juillet, a bénéficié d'une subvention de 491 908 € de la Caisse pour soutenir un programme de prévention des accidents du travail d'un montant total de 843 908 € sur trois ans ; l'autre, le 19 novembre, a bénéficié d'une subvention

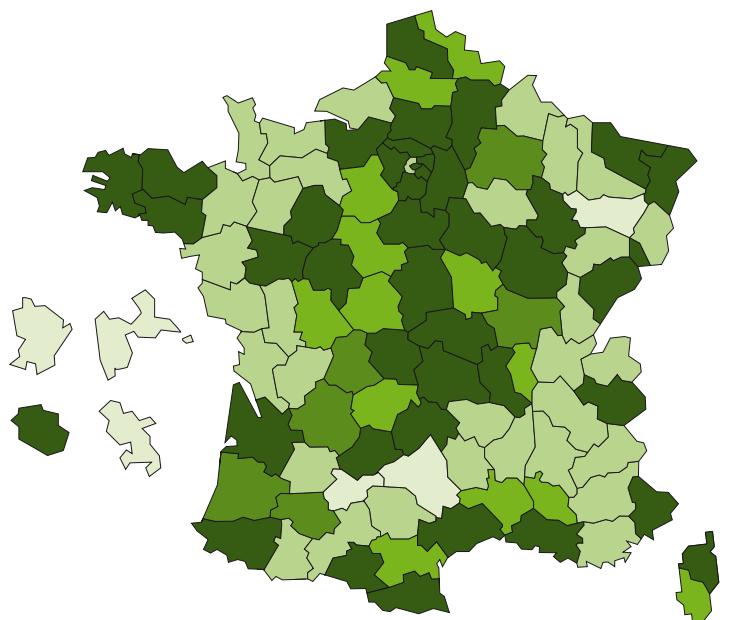
de 519 850 € de la Caisse pour soutenir un programme d'accompagnement aux démarches qualité d'un montant total de 969 010 € sur trois ans.

- La convention avec la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM) porte un programme de 1 201 570 € sur trois ans, cofinancé par la CNSA. Conclu le 1^{er} juillet, ce partenariat doit notamment permettre d'acquérir une meilleure connaissance des particuliers-employeurs en situation de perte d'autonomie, de leurs besoins et attentes, ainsi que des relations qu'ils entretiennent avec leurs salariés, grâce à des enquêtes pilotées par l'observatoire FEPEM, mis en place en 2007. Il s'agit également de concevoir, de mettre en œuvre et de promouvoir une politique innovante des ressources humaines adaptée au secteur des particuliers-employeurs et de valoriser les dispositifs de formation dédiés.
- La convention avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) a été signée le 16 septembre. Elle concerne un programme de 1 040 700 € entre 2009 et 2011, auquel la CNSA contribue à hauteur de 832 560 €, soit 80 %.
- La convention de déploiement avec l'UNA, signée le 27 juillet, pour soutenir le programme de modernisation du réseau dans les domaines de la généralisation des bonnes pratiques professionnelles, de la démarche qualité, de la politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), du développement des structures de coopération et des opérations de mutualisation, de la gestion et de l'organisation des structures, du système d'information et de la diversification de l'offre. Sur trois ans, le programme s'élève à 45 513 471 € auxquels la CNSA contribue à hauteur de 25 711 427 €.
- La convention signée avec l'OPCA Uniformation pour la qualification et la professionnalisation des personnels des associations d'aide à domicile afin de soutenir le développement des compétences et favoriser l'adaptation dans l'emploi d'environ 30 000 stagiaires pour l'année 2009. Le volume financier du programme s'élève à 29 610 000 € auxquels la CNSA contribue à hauteur de 13 000 000 €.

✿ **La situation des services, sujet d'interrogations et d'investigation**

Représenté au Conseil de la CNSA, le secteur des services à domicile a saisi l'occasion de la séance d'installation du nouveau Conseil, le 20 octobre 2009, pour alerter les pouvoirs publics, en présence du ministre

Couverture territoriale des conventions avec les conseils généraux sur l'aide à domicile



- Conventions signées
- Conventions en cours de renouvellement
- Conventions dont la signature doit intervenir au cours du 1^{er} semestre 2010

- Départements ayant engagé une réflexion
- Pas de réflexion connue

du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité, de la Famille et de la Ville, sur la situation financière critique de nombreux services. À la suite de ces déclarations, le ministre a demandé à l'administration d'engager une concertation sur ce sujet. La CNSA sera appelée à contribuer en 2010 à la mise en œuvre de certaines mesures envisagées en réponse à cette situation.

Pour sa part, la CNSA était engagée depuis 2008 avec la DREES dans un appel à projets sur la qualité de l'aide à domicile destiné à stimuler le milieu de la recherche sur cette question. Initié en 2008, l'appel à projets a été renouvelé en 2009. Quatre projets ont été retenus dans cette nouvelle édition.

UN INVESTISSEMENT CROISSANT EN MATIÈRE D'AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX

Une étude de la DREES parue en 2006 met en évidence que 93 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie reçoivent une aide informelle. Cette aide est évaluée à 5 h 30 par jour lorsqu'elle est apportée par l'entourage et à 8 h 30 quand elle l'est par le conjoint. C'est dire l'importance des aidants familiaux dans la prise en charge et l'enjeu qu'il y a à les soutenir, lorsque l'on connaît les conséquences sur leur propre santé.

✿ La multiplication des travaux sur les aidants des personnes en perte d'autonomie

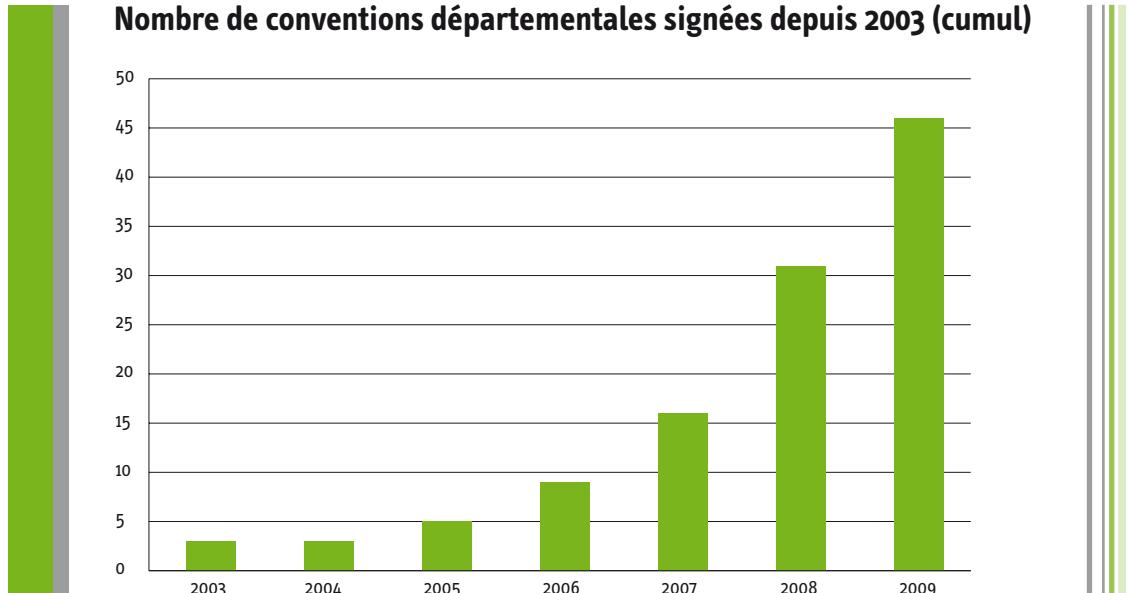
Depuis l'appel à projets lancé en 2007 dans le prolongement de la Conférence de la famille 2006 sur la solidarité intergénérationnelle, la CNSA a poursuivi son investissement sur la thématique de l'aide aux aidants.

Cet investissement a tout d'abord concerné le développement de la connaissance de la situation et des besoins des aidants familiaux, à travers :

- l'enquête réalisée auprès de cinq mille aidants par la DREES, dont les résultats sont disponibles depuis fin 2009, ainsi que l'appel à recherches « *post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels* » lancé par la DREES, qui a permis de retenir trois projets plus particulièrement en lien avec la question des aidants, l'un et l'autre soutenus par la CNSA;
- le soutien à l'étude sur les besoins et les attentes des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches aidants conduite par le GRATH auprès de cinq cents aidants.

La mesure 1 du plan Alzheimer consacrée au développement et à la diversification des solutions de répit à destination des aidants a conduit la CNSA, en partenariat avec la DGAS, à approfondir la compréhension des besoins des aidants et à mettre en place des expérimentations de formules de répit innovantes (cf. p. 57). ►►

Nombre de conventions départementales signées depuis 2003 (cumul)





✿ La formation des aidants familiaux : nouvelle mission de la CNSA

Venant reconnaître les besoins importants des aidants, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a modifié les critères d'intervention de la section IV du budget de la Caisse pour lui permettre d'assurer le financement des dépenses de formation des aidants familiaux.

Le 24 novembre, sous l'égide de la secrétaire d'État aux Aînés et dans le cadre de la mesure 2 du plan Alzheimer, la CNSA a signé une convention de partenariat avec l'Association France Alzheimer pour la mise en œuvre de cette formation des aidants. Cette convention est la première mise en œuvre concrète de cette nouvelle mission. Diffusée sur l'ensemble du territoire et concernant quatre mille personnes, elle propose une formation conforme au référentiel arrêté par l'État : d'une durée de deux jours, elle a pour objet d'aider le proche à construire un projet de vie avec le malade, tout en se préservant lui-même.

L'engagement financier de la Caisse concerne 80 % du programme, soit près de 652 000 € sur deux ans.

La manière dont la CNSA devra assurer cette nouvelle compétence, au-delà de cette première application, devra faire l'objet de précisions dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion d'autant que quatre autres associations se sont déjà manifestées pour développer un programme de formation des aidants familiaux.

FAVORISER L'ACCÈS À DES AIDES TECHNIQUES TOUJOURS PLUS INNOVANTES

✿ Éclairer les prix des aides techniques

L'un des éléments de la prestation de compensation du handicap permet de financer les aides techniques des personnes handicapées. La CNSA est ainsi intéressée à apporter un éclairage sur le marché des aides techniques, en particulier sur la composition de leur coût, la formation des prix ainsi que sur leurs conditions de distribution.

Membre du Comité économique des produits de santé (CEPS) avec voix consultative, la CNSA a contribué à l'analyse, avec le CERAH, du projet de révision du



Une avancée pour la modernisation des services à la personne : un dispositif de tiers-payant pour les cotisations sociales APA et PCH

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se sont associées en novembre 2009 pour accompagner les conseils généraux dans la mise en place d'un dispositif de tiers-payant pour le paiement des cotisations sociales du chèque emploi service universel (CESU) préfinancé par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

Ce système doit venir compléter le dispositif du CESU (préfinancé) pour le paiement de l'APA et de la PCH, dans le cadre de l'emploi direct, qui ne permet pas actuellement de régler la question de la prise en charge des cotisations sociales par les conseils généraux. L'objectif est que la part des cotisations sociales relative aux deux prestations soit versée directement par les conseils généraux au Centre national du CESU.

Pour la CNSA, cette action s'inscrit dans le cadre de sa politique de modernisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle doit permettre aux bénéficiaires de demeurer au cœur du dispositif et de préserver leurs droits, notamment celui du libre choix entre domicile et établissement.

Elle implique un travail de normalisation des échanges et de compatibilité des systèmes d'information qui mobilisera les trois partenaires.

titre IV de la liste des prestations et produits remboursables par l'assurance maladie. Ce projet a pour objectif d'améliorer des réponses individualisées aux besoins des personnes en matière de véhicules pour personnes handicapées (VPH), en assurant un meilleur niveau de prise en charge financière par l'assurance maladie des configurations les plus coûteuses. Ces travaux, menés en partenariat avec le CEPS, la DSS et la CNAMTS, ont permis d'aboutir à une présentation par type de véhicule et donc d'effectuer des simulations sur l'impact financier de cette nouvelle nomenclature. Après sa publication prévue en 2010, la CNSA a l'intention de soutenir l'élaboration d'outils visant à favoriser l'appropriation de cette nouvelle nomenclature modulaire par les professionnels en leur fournissant un logiciel d'aide à la prescription et à la préconisation.

Installé en 2007, l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques a poursuivi sa mission en pilotant la première cartographie européenne de trois aides techniques.

Conduite par un prestataire extérieur, la société Alcimed, de février à novembre 2009, elle a permis de dresser un état des lieux de la prise en charge, des marchés et des

prix de trois aides techniques – prothèses auditives, aides à la communication pour déficients visuels et fauteuils roulants – au Royaume-Uni, en Allemagne, en Suède, en Italie et en Espagne. Elle avait pour objet de comprendre les systèmes de prise en charge en place en Europe, de caractériser l'offre disponible et la demande afin de capitaliser sur les bonnes pratiques et d'optimiser la prise en charge des produits en France.

★ Structurer le réseau d'information et de conseil

L'accès des personnes en perte d'autonomie aux aides techniques a justifié la mise en place, depuis de nombreuses années, de lieux d'information et de conseil sur les aides techniques, les CICAT, sur tout le territoire. Financés notamment par l'assurance maladie, ils sont des interlocuteurs tant des personnes que des professionnels.

En 2009, la Fédération nationale des Centres d'information et de conseil pour les aides techniques (FENCICAT) a souhaité engager une réflexion sur son organisation en expérimentant la mise en place de plates-formes régionales. Ces nouveaux centres de ressources et ➤

►► d'expertise spécialisés, expérimentés dans quatre grandes régions (Alsace/Lorraine, Aquitaine, Bretagne/Pays de Loire, Île de France), doivent faciliter l'accès à l'information sur les aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les professionnels, grâce à la constitution d'un réseau pluridisciplinaire (prescripteurs, financeurs et distributeurs) sur l'ensemble du territoire.

Par la convention signée avec la FENCICAT le 30 septembre, la CNSA a apporté à ce projet un financement de 250 000 €, l'assurance maladie, également grand financeur des aides techniques, devant apporter le complément. La CNSA soutient ces plates-formes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques (PRICAT) en tant que lieux ressources de formation et d'information, notamment pour les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées. En effet, les professionnels des MDPH, qui ont en charge l'évaluation globale des personnes et de leurs besoins d'aides, y compris techniques, pourront y trouver des réponses.

Les conclusions de l'expérimentation sont attendues pour décembre 2010. Les résultats obtenus permettront de valider ou non le modèle économique, juridique et organisationnel de la PRICAT et le développement de son offre de services.

✿ Lancement des centres d'expertise nationaux

À l'initiative de son Conseil scientifique, la CNSA a décidé de soutenir, à titre expérimental, la création de centres d'expertise nationaux associant dans un même projet chercheurs, entreprises et professionnels de la compensation du handicap et de la dépendance. L'objectif des centres d'expertise nationaux est d'accélérer la mise au point et l'usage d'aides techniques ou de dispositifs innovants, intégrant notamment les technologies de l'information et de la communication et concourant à la compensation d'un ou plusieurs handicaps.

Au premier semestre, une recherche documentaire et des entretiens avec les principaux acteurs repérés – académiques, industriels et professionnels de la perte d'autonomie – ont été menés pour le compte de la CNSA par un prestataire extérieur pour établir une analyse de l'existant ainsi que des scénarios budgétaires pour la création des centres.

L'appel à candidatures a été lancé à l'automne 2009 pour sélectionner les entités les plus à même de remplir les missions concourant à cet objectif dans quatre domaines thématiques identifiés : mobilité, stimulation

cognitive, interfaces fonctionnant à l'aide des technologies de la communication et de l'information, robotique. La sélection définitive aura lieu en avril 2010.

La thématique habitat et logement, initialement identifiée par la commission du Conseil scientifique, n'a finalement pas fait quant à elle l'objet d'une expérimentation dans le cadre de cet appel à candidatures, le ministère de l'Industrie ayant initié une démarche similaire sur ce thème. La CNSA y est associée.

Le soutien financier sera apporté par la CNSA pour une durée de deux ans, période pendant laquelle devront être validés le besoin et l'utilité de ces centres, et qui servira aussi à affiner leur modèle organisationnel et à fiabiliser un modèle économique.

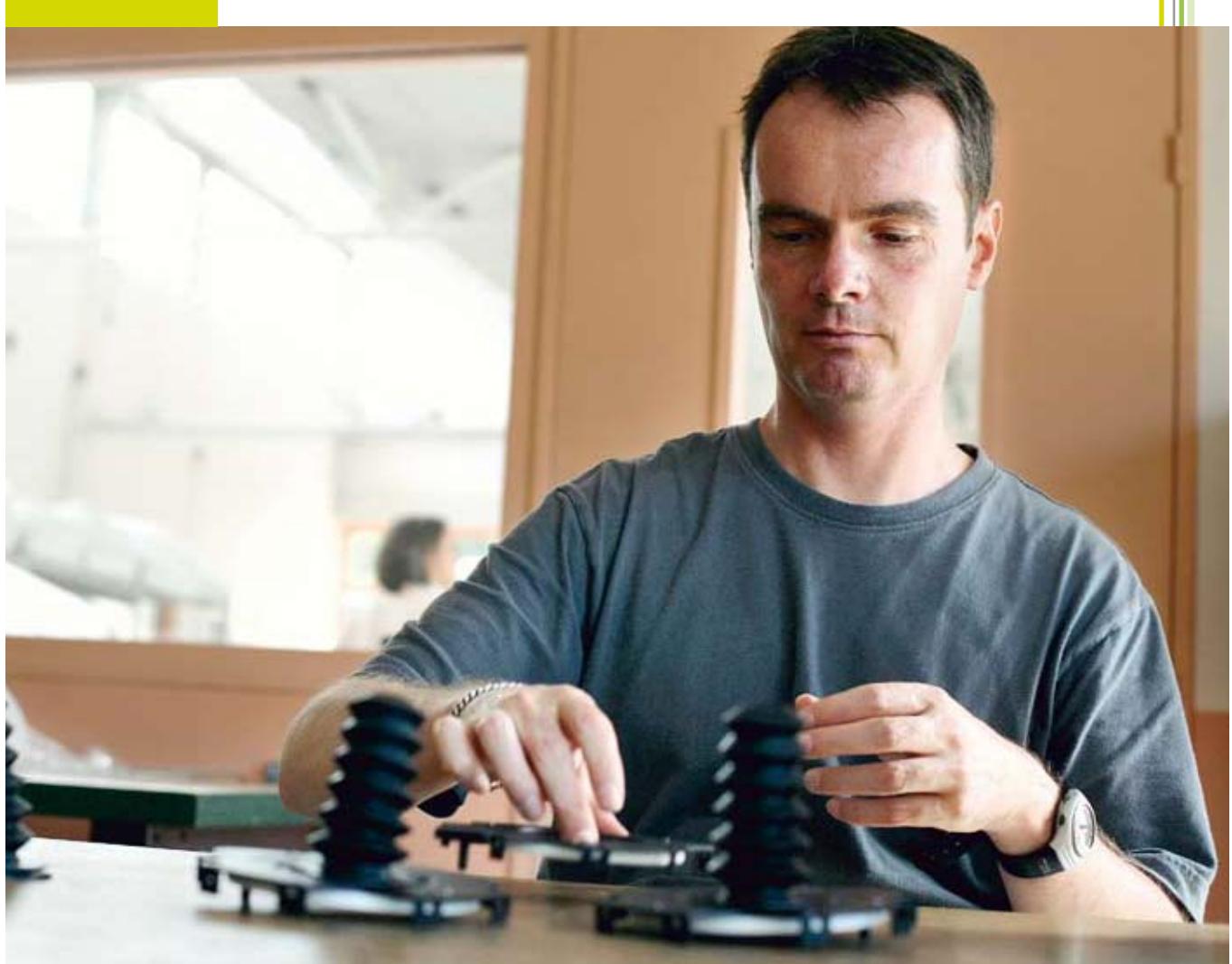
✿ Soutenir le développement de solutions innovantes

Depuis 2007, la CNSA est engagée auprès de l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le développement de l'innovation. L'un des leviers de l'adaptation de l'innovation aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées est le cofinancement de projets de nouvelles technologies au service de l'autonomie, à travers deux types d'appels à projets de recherche :

- l'appel à projets TecSan. En 2009, le thème retenu concernait les solutions au service des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, conformément au plan Alzheimer. La CNSA y a consacré 1 M€. Deux projets ont été retenus ;

- le programme européen Ambient Assisted living, dans lequel la CNSA est engagée pour sept ans et qui a donné lieu à deux appels à projets. Le premier a permis de retenir quatre projets cofinancés par la CNSA.

Le secteur des technologies au service de l'autonomie prend une place croissante dans les débats relatifs à l'aide à l'autonomie. Ainsi, dans le cadre du dix-neuvième Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie, du 5 au 9 juillet 2009, à Paris, a été présentée la première « Gerontechnoplatform » organisée par l'International society for gerontechnology et le Centre d'innovation et d'usages-Santé (CIU-Santé) et à laquelle la CNSA s'est associée. Son objectif principal était de présenter les travaux internationaux sur le thème de la gérontechnologie et de favoriser la rencontre entre les offreurs de solutions et les clients.



CHAPITRE 6

SYSTÈME D'INFORMATION ET RECHERCHE

Approfondir et diffuser la connaissance
sur l'aide à l'autonomie

Mettre la connaissance et l'intelligence au service des solutions de demain. Tel est l'objectif qui guide le développement des systèmes d'information et de la recherche, promu et financé par la Caisse. Par la diffusion de la connaissance, la CNSA ambitionne également de mobiliser chercheurs, professionnels et décideurs autour de la participation à la vie sociale des personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge et quelle qu'en soit la cause.



INVESTISSEMENT DANS LES OUTILS DE CONNAISSANCE DES BESOINS ET DE L'OFFRE

Que ce soit pour éclairer le présent ou faire des projections sur l'avenir, l'observation des besoins et des réponses apportées en matière d'aide à l'autonomie conditionne les progrès de la connaissance dans ce champ. Le développement et la structuration du système de recueil de données se sont rapidement imposés à la CNSA comme un travail préalable à engager pour pouvoir évaluer l'impact des politiques qu'elle anime, mesurer les manques et identifier les marges de progrès.

Enquêtes, cohortes, systèmes d'information... la CNSA a largement investi dans ces différents outils de collecte de la connaissance.

✿ Les grands instruments de recherche

Dès 2007, la CNSA a été associée, scientifiquement et financièrement, au lancement de la nouvelle édition de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et le handicap, initiée en 1998. L'enquête Handicap Santé a intégré un certain nombre de besoins et de demandes de la CNSA, dont le Conseil scientifique avait accompagné l'expression en 2007. L'enquête, dont les différents volets ont été collectés de 2007 à 2009, a livré ses premiers résultats en 2009.

Avant de faire appel à la communauté scientifique pour l'exploitation des données elles-mêmes, la CNSA et la DREES ont décidé d'affiner le dispositif d'enquêtes publiques en sollicitant des recherches qui mettent à l'épreuve d'une démarche qualitative les protocoles des enquêtes Handicap Santé en ménages ordinaires

(HSM) et aidants informels (HSA), afin d'évaluer ces dispositifs et de formuler des recommandations d'amélioration pour les futures enquêtes portant sur les mêmes thèmes. Il sera également fait appel aux chercheurs pour exploiter les données, à partir de 2010.

Pour répondre à des besoins plus ponctuels et ciblés, la CNSA engage ou soutient par ailleurs régulièrement d'autres enquêtes statistiques ou administratives. L'année 2009 a donné lieu à de nombreuses enquêtes ayant pour objet d'éclairer les besoins ou l'offre en matière d'aide à l'autonomie, parmi lesquelles :

- l'enquête conduite sur les bénéficiaires de la PCH et de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), lancée début 2009 par la DREES, associe la CNSA au comité de pilotage ; ses résultats sont très attendus pour mieux comprendre dans un contexte de forte montée en puissance de la PCH le recul très lent du nombre de bénéficiaires de l'ACTP ;
- une enquête a été conduite à la demande de la CNSA sur la PCH enfants dans le cadre des réflexions sur l'évolution de cette nouvelle prestation, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2008 (*cf. encadré p. 96*) ;
- une enquête sur l'activité des accueils de jour et les hébergements temporaires, en association avec la DREES, afin de renseigner les indicateurs du plan Alzheimer (*cf. partie 3 - chapitre 2*) ;
- une enquête auprès des MDPH sur les fonds de compensation, dont les résultats seront disponibles au premier semestre 2010.

Les nombreux acteurs – notamment locaux – qui interviennent sur le champ de l'aide à l'autonomie ressentent le même besoin de connaissance et conduisent ainsi, chacun pour son compte, des travaux pouvant intéresser leurs partenaires. Il est apparu dès 2008 au Conseil scientifique de la CNSA qu'un travail méthodologique était nécessaire pour partager les définitions des ►►

► données disponibles dans ce secteur afin d'éviter la non-cohérence des informations recueillies. Un travail d'élaboration d'un guide pour la valorisation des données locales a été entrepris en 2008 par la commission sur l'information territoriale du Conseil scientifique, qui réunit, autour de la CNSA, la DREES, le Conseil national de l'information statistique, des conseils généraux, l'ADF, l'ODAS... Il comprend trois cents indicateurs provenant de quatre-vingt-seize sources d'information différentes. Achevé début 2010, le guide sera diffusé au premier semestre de la même année et sera notamment utile aux nouvelles ARS et aux conseils généraux dans leurs exercices respectifs de planification.

Enfin, plus engageante, encore, est la mise en place de cohortes qui permettent de suivre dans le temps le parcours de personnes selon des angles prédéfinis. Il s'agit en effet de très grands instruments de recherche, en raison de l'investissement qu'ils impliquent – financièrement et humainement. La cohorte PAQUID a fait l'objet d'une exploitation particulière à la demande de la CNSA. La CNSA a donné son accord fin 2009 pour soutenir pendant trois ans trois des six cohortes retenues dans le cadre de l'appel à projets lancé en 2009 par l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) et coordonné par la Cellule de coordination nationale des cohortes (CCNC), au sein de l'Institut thématique multiorganisme sur la santé publique. Ce soutien aux cohortes ELFE (suivi de vingt mille enfants en population générale, de la naissance à l'âge adulte), EPIPAGE 2 (devenir d'enfants grands prématurés) et CONSTANCES (suivi de deux cent mille adultes ressortissants du régime général de sécurité sociale) s'élèvera à 3 M€ pour la CNSA.

★ Le partage des informations recueillies par les MDPH

La loi de 2005 a prévu que les MDPH transmettent à la CNSA les données relatives à leur activité, à leurs décisions ainsi qu'aux caractéristiques des personnes

concernées. Elle définit ainsi les bases du système d'information partagé dont la CNSA a entrepris la construction il y a près de quatre ans. Outil indispensable au suivi de la mise en œuvre de la loi au niveau national, ce système d'information a surtout été conçu, de façon plus ambitieuse, comme un outil de pilotage des politiques d'aide à l'autonomie des personnes handicapées pour les acteurs locaux comme pour l'ensemble des partenaires nationaux intéressés. Il doit notamment permettre de mieux appréhender la demande en matière d'établissements et services médico-sociaux pour adapter l'offre, en appui aux travaux territoriaux de diagnostic des besoins.

Sa construction a tout d'abord impliqué le basculement de toutes les MDPH vers leur système d'information propre, en remplacement des applicatifs nationaux ITAC et OPALES. Cette étape essentielle a été quasi-achevée à la fin de l'année 2009. Sans pouvoir se substituer aux MDPH dans le choix des éditeurs et l'élaboration des cahiers des charges, la CNSA a fourni un appui technique à ces démarches de spécifications fonctionnelles détaillées, notamment et assuré, pendant cette période de transition, les travaux de maintenance des logiciels nationaux existants.

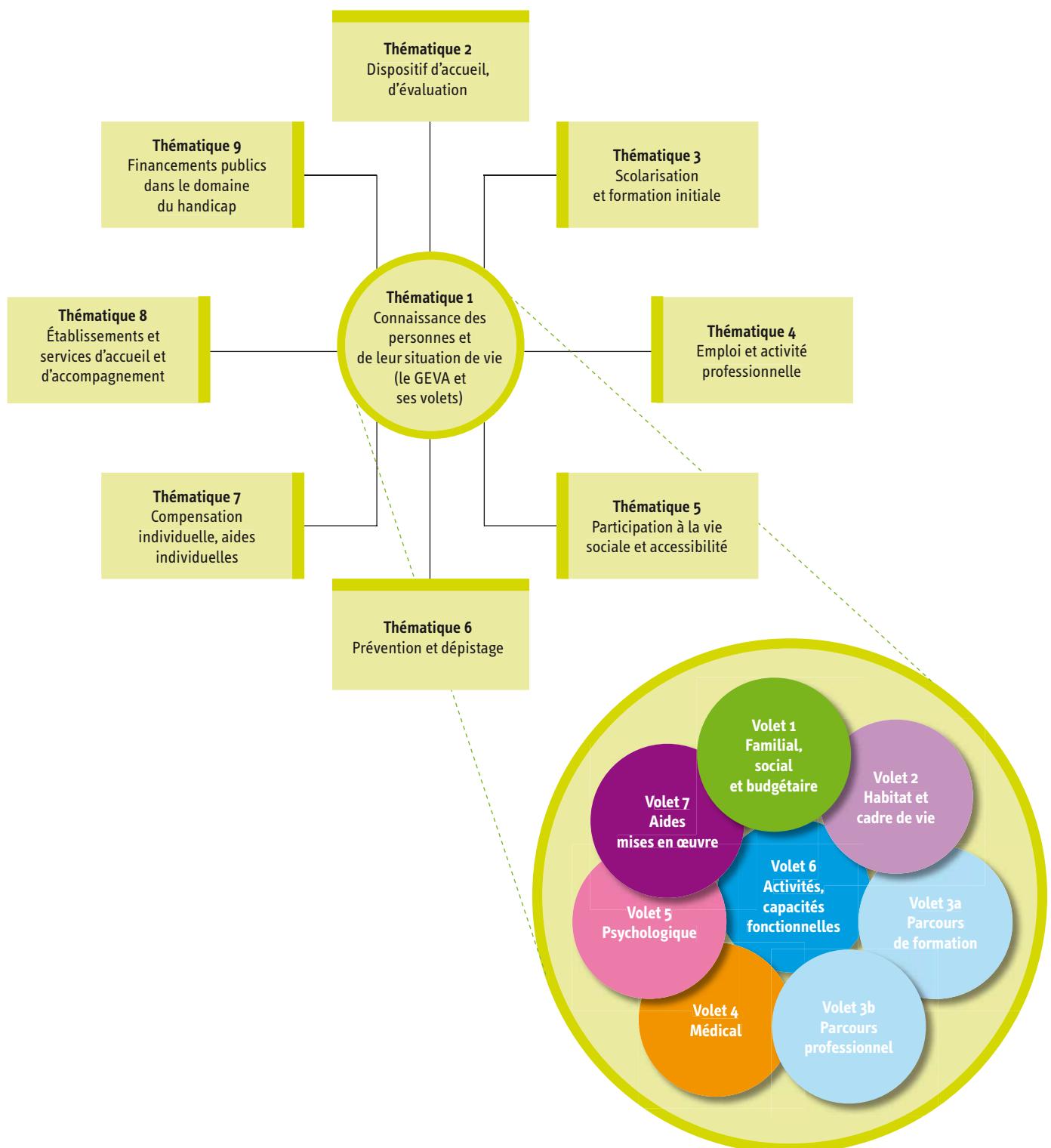
La deuxième étape est la remontée, « anonymisée », au niveau national, de toutes ces données recueillies par les MDPH pour leurs besoins de gestion et de pilotage. Elle implique la mise en place d'« extracteurs » de données dans les systèmes départementaux et l'organisation de l'hébergement de ces données au niveau national. Une première concrétisation de ce dispositif s'est mise en place au cours de l'année 2009 en utilisant les données « anonymisées » issues d'ITAC et d'OPALES. À ce titre, vingt-cinq MDPH ont bénéficié d'une formation dispensée par la CNSA leur permettant d'appréhender les possibilités offertes par l'outil, notamment par la production automatique des statistiques demandées par la CNSA mais aussi pour la réalisation d'études comparatives entre les différents départements.

Au-delà des aspects techniques, complexes, la CNSA a également dû se mobiliser en 2009 pour donner de la visibilité à ce projet et fédérer l'ensemble des acteurs intéressés autour de ce système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH). Elle s'est attachée à recueillir les attentes et les besoins de tous les partenaires (État central, caisses de sécurité sociale, MDPH, conseils généraux, services déconcentrés...). La problématique de la gouvernance du système a également été abordée en soulignant l'aspect interministériel de la politique du handicap et le besoin de partage des données entre les différents partenaires. ►

Le SipaPH : une approche structurante de l'information sur le champ des politiques d'aide à l'autonomie des personnes handicapées

Le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) aborde différentes thématiques d'action des politiques du handicap. Parmi ces thématiques, certaines ne relèvent pas de la compétence directe des MDPH et de la CNSA.

**L'évaluation est au centre du SipaPH
et s'articule autour du GEVA et ses différents volets**



► Fin 2009, les données ne pouvant pas encore être exploitées de façon automatique au niveau national, la CNSA a poursuivi ses enquêtes mensuelles auprès des MDPH pour pallier l'absence des remontées de données automatisées des nouveaux systèmes d'information des MDPH. C'est fin 2010 que doit être disponible la première version complète du système, qui continuera d'évoluer pour atteindre progressivement son schéma cible.

★ L'urbanisation du système d'information sur les établissements et services médico-sociaux

Dans le cadre de l'urbanisation du système d'information, certains macroprocessus ont connu des développements significatifs. Le processus de programmation de l'offre en établissements et services médico-sociaux a été approfondi par la mise en œuvre de remontées de données contenues dans les PRIAC dans le cadre d'*« e-PRIAC »* ; le macroprocessus d'allocation budgétaire a été renforcé par la mise en œuvre effective de SELIA (suivi en ligne des installations et des autorisations), qui devient l'outil commun des ARS et de la CNSA pour le suivi en continu de la mise en œuvre des plans gouvernementaux.

Dans le cadre de la mission IGAS/IGF (*cf. p. 70*), la CNSA a réalisé une première enquête sur le suivi de la campagne tarifaire. La mise en œuvre d'un outil de suivi de campagne utilisé par toutes les ARS devient un objectif prioritaire pour la CNSA dès 2010. Le développement de REBECA (remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs) pour le macroprocessus d'analyse financière et économique sur le secteur des personnes handicapées permet, quant à lui, d'augmenter le niveau de connaissance des acteurs sur le niveau et la formation des coûts en établissements et services. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a confié à la CNSA une onzième mission, inscrite à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles : *« Réaliser (...) une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent (...) »*. La mise en œuvre de cette nouvelle mission confiée à la CNSA devra être discutée dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

★ Les perspectives de système d'information sur les services à domicile

Dans le cadre de la section IV de son budget, consacrée à la modernisation et la professionnalisation des aides à domicile, la Caisse a engagé une action structurante

d'appui aux opérateurs nationaux de l'aide à domicile (*cf. partie 3 – chapitre 5*). L'importance des crédits engagés a justifié la mise en place d'un dispositif ambitieux pour rendre compte de la dépense. Il est rapidement apparu que l'information ainsi demandée aux fédérations pouvait utilement répondre aux besoins de pilotage des pouvoirs publics et autres financeurs de ce secteur d'activité, tous interpellés par les difficultés actuelles.

La CNSA a engagé, au second semestre, une réflexion sur la normalisation des données de pilotage des services d'aide à domicile avec les principaux acteurs concernés (l'État, la CNAV, l'Agence nationale des services à la personne, les conseils généraux), dont le prolongement devra faire l'objet de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion.

En parallèle, la CNSA soutient, sur la section V de son budget, un projet associatif visant à définir des dictionnaires de données partagées permettant de faciliter les échanges dématérialisés entre les conseils généraux et les associations de services à domicile. Elle veillera à la cohérence de ce projet avec les travaux qu'elle a engagés.

STRUCTURATION DE LA RECHERCHE

Après de premières initiatives lancées en 2007 en direction des milieux de recherche par le biais d'appels à projets, la CNSA et ses partenaires ont identifié le besoin de concevoir des outils plus adaptés pour structurer en profondeur la recherche française sur le handicap et la perte d'autonomie. Ces actions ont vu leur première concrétisation en 2009.

★ L'organisation de colloques scientifiques

Financeur d'études et de recherches dans son champ de compétence, la CNSA a non seulement le souci d'accompagner la diffusion des résultats et leur intégration dans les politiques qu'elle anime, mais aussi celui de permettre la participation des professionnels de terrain aux progrès de la connaissance.

C'est dans cet esprit qu'ont été conçus les deux colloques organisés par la Caisse en février et mars (*cf. p. 76*), tous deux sur la question de l'évaluation des besoins et des situations des personnes.

Les premières rencontres scientifiques, organisées les 11 et 12 février 2009 sur le thème « Évaluer pour accompagner », ont été conçues pour favoriser les échanges entre les chercheurs, les professionnels, les usagers et



Le Conseil scientifique : bilan de fin de mandat

Nommé par arrêté du 23 janvier 2006, le Conseil scientifique de la CNSA, présidé par le professeur Gérard Saillant, a achevé fin 2009 son mandat de quatre ans. Son bilan, fourni, comprend :

- des travaux faits à la demande de la direction de la CNSA sur l'évaluation des besoins des personnes : la commission créée en 2006 a notamment accompagné l'organisation des rencontres scientifiques de février 2009 et la mise en place et le suivi du GEVA ;
- sur l'enquête Handicap Santé et ses différentes exploitations, une commission créée en 2006 et ayant fonctionné jusqu'en 2008 a aidé à définir les attentes de la CNSA ;
- sur la recherche en sciences humaines et sociales (SHS) dans le domaine d'Alzheimer, le groupe mis en place en soutien à la Fondation de coopération scientifique Alzheimer (FCS) a notamment permis de concevoir le texte du premier appel à projets de recherche lancé dans le domaine des SHS par la FCS en 2009 ;
- des travaux sur proposition du Conseil ou d'un de ses membres ;
- la question des handicaps rares et des polyhandicaps – une commission du Conseil scientifique a travaillé de 2007 à 2009 de manière très intense à l'élaboration du schéma national handicaps rares ;
- la notion d'autonomie et le champ couvert par la perte d'autonomie – il a été mis en place une commission pour travailler sur la place du médico-social dans les ARS, qui a appuyé les services de la CNSA dans le cadre de la réflexion sur l'élaboration du projet régional de santé, en illustrant notamment le champ du médico-social avec des exemples comme celui des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- la mise en place de centres d'expertise technique nationaux – un travail engagé en 2006 a conçu le cahier des charges des futurs centres d'expertise et permis de lancer un appel à projets fin 2009 ;
- le partage des informations territoriales – la commission installée en 2007 et toujours en fonctionnement a accompagné l'élaboration du guide sur les données locales ;
- les colloques et l'animation scientifique – une commission créée en 2007 avait pour objectif d'identifier différents moyens pour développer le tissu de recherche dans ce domaine avec en particulier des actions vis-à-vis de scientifiques de domaines connexes et aussi le besoin de renforcer les liens entre chercheurs et professionnels. Ses réflexions ont abouti à la mise en place des rencontres scientifiques et de la convention entre la DREES et la CNSA pour le soutien à la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie ;
- les travaux sur les comparaisons internationales ont été repris par le Conseil scientifique en séance plénière après les premiers travaux d'une commission spécialisée sur ce sujet.

Des avis ont, enfin, régulièrement été demandés au Conseil scientifique en séance plénière (exemple : sur les critères de répartition des enveloppes en 2007).

Et pour conclure, certains membres du Conseil scientifique se sont impliqués comme membres des différents comités scientifiques d'évaluation des appels à projets de recherche lancés par la CNSA avec d'autres partenaires.

les décideurs. Outil de valorisation de plusieurs études pilotées par la CNSA, elles ont également permis d'identifier, pour les besoins de la Caisse, un réseau international de chercheurs sur la question de l'évaluation. Davantage tourné vers la valorisation d'une recherche-action conduite pour la CNSA sur l'évaluation du handicap psychique, le colloque du 23 mars est venu illustrer l'indispensable coopération entre professionnels des champs sanitaire et médico-social autour de la santé mentale.

★ Le soutien à la recherche apporté avec la Mission recherche de la DREES

La convention de soutien à la recherche signée le 23 octobre 2008 entre la CNSA et la DREES prévoit parmi plusieurs modes d'intervention le principe d'un appel à projets permanent. Mis en œuvre en 2009, cet appel est ouvert à l'ensemble des disciplines concernées par le handicap et la perte d'autonomie (de la sociologie aux sciences de l'ingénieur en passant ►►

► par l'épidémiologie, les sciences politiques, etc.). Les projets peuvent s'intéresser aux populations, à leurs besoins, aux équipements, aux services ou encore aux politiques publiques.

Cet appel à projets vise à renforcer le secteur de la recherche portant sur le handicap et la perte d'autonomie par :

- 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 (publications, colloques) et l'ouverture vers l'Europe et l'international;
- l'attribution d'un prix de thèse ainsi qu'un prix de master 2 de recherche dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie;
- une démarche proactive de soutien à des réseaux de recherche ;

- des initiatives communes d'appel à recherches (pour le soutien aux jeunes chercheurs).

La CNSA a doté cet appel à projets de 494 000 € en 2009 tandis que la DREES, tout en complétant le financement par quelque 250 000 €, en a assuré l'animation en organisant l'instruction des dossiers et les procédures de conventionnement avec les porteurs de projets retenus. Un comité scientifique a été mis en place. Onze projets ont pu être retenus à l'issue de deux vagues de sélection.

Trois prix de recherche ont été attribués :

- un prix de master 2, d'un montant de 5 000 €, à Noémie Rapegno pour son mémoire intitulé *Vivre en structure d'hébergement pour adultes handicapés et se construire une vie : la question des trajectoires résidentielles pour les adultes handicapés moteurs résidant en foyer de vie*;
- deux prix de thèse, d'un montant de 9 000 € à Jean-Sébastien Eidelman, pour sa thèse intitulée *Spécialistes par obligation – Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques*, et Marie-Viviane Fernandes, pour sa thèse intitulée *De la perception haptique à la production de dessins chez l'enfant voyant et déficient visuel*.

Mieux cerner les besoins de compensation des enfants handicapés

La création de la PCH enfants le 1^{er} avril 2008 a abouti à la coexistence de deux prestations – PCH et allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH et ses compléments) – et la création d'un droit d'option des familles. Ces dispositions s'appliquent de manière transitoire dans l'attente d'une réforme de fond.

Pour compléter la réflexion en cours, la CNSA a lancé une étude sur les besoins de compensation des jeunes en situation de handicap de la naissance à 20 ans, à travers l'AEEH et la PCH. Le volet quantitatif de l'étude, confié au cabinet CRP Consulting, a porté sur quatre cent quatre-vingt-dix-huit situations réparties sur dix départements.

L'étude devait identifier le périmètre couvert par l'une et l'autre prestations (PCH et compléments de l'AEEH) en fonction des besoins constatés pour chaque enfant. Elle devait également envisager les conséquences de l'attribution de la PCH à tous les enfants dont la famille avait choisi les compléments de l'AEEH.

L'étude a permis de mettre en évidence un risque d'exclusion de la PCH des enfants déficients viscéraux et des enfants de moins de 6 ans.

Il a également été souligné que les enfants présentant des besoins en surveillance constante liée à des soins seuls seraient non couverts par le premier élément de la PCH dans sa forme actuelle. Ces besoins pourraient s'inscrire dans une logique de prévention du handicap et de soutien à la famille.

Cette étude a permis d'illustrer la distinction forte entre :

- la couverture des besoins de compensation de la situation de handicap, individuelle ;
- la couverture des besoins liés au retentissement de la situation de handicap sur la famille.

La mobilisation des disciplines économiques

Le développement d'études et de recherches économiques sur le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie est un besoin majeur pour les responsables publics. En charge de la répartition de financements importants, la CNSA serait la première intéressée par les résultats de tels travaux.

Or, le dispositif des appels à projets n'avait pas encore permis de suffisamment mobiliser les chercheurs de cette discipline. C'est pourquoi la CNSA a organisé, en novembre, un séminaire réunissant autour d'elle et de ses partenaires une vingtaine d'économistes afin de leur présenter les enjeux de la recherche en économie dans le champ de l'aide à l'autonomie, sous-ensemble de l'économie de la santé, et susciter ainsi des projets plus nombreux. Cette rencontre doit se prolonger en 2010 par une identification des sources de données, notamment administratives, qui pourraient être mobilisées pour des travaux de recherche économique.

VALORISATION ET DIFFUSION DE LA CONNAISSANCE

L'action de la CNSA en matière de soutien aux études, recherches et actions innovantes s'appuie sur la section V de son budget, dotée de 20 M€ par an depuis



2006. Après une année d'amorçage en 2006, cette politique monte en puissance : une trentaine de projets ont été soutenus en 2007, une quarantaine en 2008 et en 2009, auxquels il convient d'ajouter les projets retenus dans le cadre des appels à projets lancés par les partenaires de la Caisse avec son soutien financier.

La nature des projets soutenus est très variée (enquête, recherche, recherche-action, étude, expérimentation, événement et colloque...), tout comme leurs promoteurs (associations, organismes de recherche, conseils généraux, MDPH, administrations...). Les thématiques abordées doivent correspondre aux priorités du programme d'action élaboré tous les ans avec l'État et soumis au Conseil.

En 2009, les dix axes du programme d'action ont été couverts (cf. Annexes p. 44). Les études économiques et les travaux relatifs aux pratiques professionnelles commencent à prendre une place plus importante.

★ Favoriser l'appropriation des résultats

Les premiers financements ayant été apportés fin 2006, de nombreux projets sont arrivés à échéance en 2009. C'est ainsi qu'une politique de valorisation des travaux financés a été définie en 2009 afin de porter leurs résultats à la connaissance des acteurs en charge de ces politiques et de contribuer à l'amélioration de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Des outils spécifiques ont été développés : des fiches de synthèse sont désormais rédigées pour chaque projet financé et achevé et mises en ligne sur les sites extranet et internet de la Caisse. Elles doivent permettre une large diffusion des connaissances acquises.

La CNSA s'est également plus largement impliquée dans la communication sur des projets particuliers, à travers l'organisation des deux événements scientifiques sur l'évaluation cités plus haut ou en réponse aux

► sollicitations des porteurs de projets eux-mêmes (exemple : participation à la conférence de presse pour le lancement du projet T-Seniority porté par la FNA-QPA le 9 avril ou à la conférence de presse du rapport sur l'accueil temporaire réalisé par le GRATH, le 5 novembre).

★ Plus de visibilité pour mieux communiquer

Cette politique de valorisation des travaux soutenus par la CNSA s'est appuyée sur les nouveaux outils de communication mis en place par la Caisse pour renforcer la visibilité de ses actions.

L'année 2009 a tout d'abord été marquée par l'enrichissement de la politique éditoriale, qui s'articule autour de trois axes.

- La communication institutionnelle fait connaître la CNSA, son Conseil, sa gouvernance, ses missions et ses actions, dans le champ de l'aide à l'autonomie : essen-

tiellement appuyée sur le rapport annuel (diffusé à plus de 2 000 exemplaires) et *La lettre de la CNSA* (trois numéros par an), elle bénéficie désormais de nouveaux supports tels que *L'essentiel*, *Les mémos de la CNSA* (onze fiches), *Les mots-clés de l'aide à l'autonomie* (deux publications : *Évaluation* et *Compensation*). Une version électronique de *La lettre de la CNSA* a été créée en 2009 (diffusion à plus de 6 000 contacts avec un taux d'ouverture remarquable de 45 %).

- Les supports d'information technique ont été mis en place pour valoriser les chantiers, les études et les recherches menés ou soutenus par la CNSA : les *Dossiers techniques* et les *Dossiers scientifiques* de la CNSA, le *Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013*.
- En appui de la communication réseau, la direction de la communication édite deux sortes de supports : *MDPH, d'un département à un autre* (un numéro par an), Les tirés à part du *Journal de l'action sociale* (dix numéros).

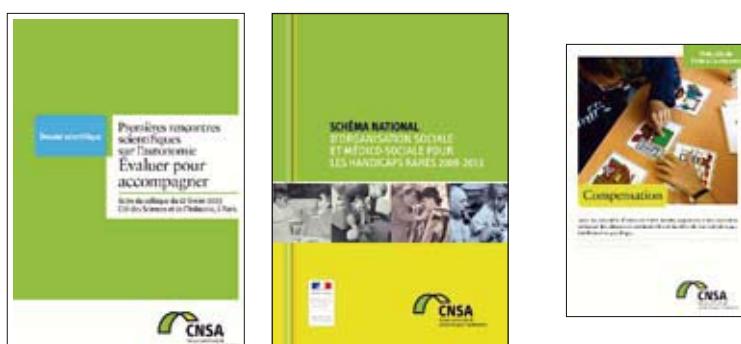
Parallèlement, l'identification de la CNSA a été renforcée par l'harmonisation de son identité visuelle : évolution de sa charte graphique et mise en place d'une charte événementielle.

La politique événementielle, qui s'est diversifiée et intensifiée, en a bénéficié. La CNSA établit le contact une fois par an avec les usagers à l'occasion d'un salon professionnel ouvert au grand public. En 2009, la Caisse a développé sa présence au salon Geront-Handicap expo par un stand de 40 m² où les experts de la CNSA ont assuré une présence et répondu aux nombreuses questions des visiteurs.

Les relations avec la presse et les partenariats ont été renforcés. Dans le cadre des relations avec les journalistes, une demi-journée de formation a été proposée avec succès aux journalistes du secteur. Le partenariat avec des supports de presse permet de diffuser une information adaptée aux divers publics visés, nourrie également par les publications de la CNSA (*Journal de l'action sociale*, revue *Être*, radio Vivre FM).

Les services documentaires continuent, enfin, de se développer en appui aux services de la CNSA dans le lancement de leurs travaux.

La mise à jour très régulière du site internet de la CNSA, s'enrichissant d'actualités et d'entrées documentaires, permet de mettre à la disposition des partenaires et, plus largement, du secteur les connaissances produites. La refonte du site extranet, outil essentiel d'animation des réseaux, aboutira quant à elle fin 2010.





GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
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
ADMR	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 (toilette...)
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCRA	Association nationale des centres de ressources pour l'autisme
ANCRAl	Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
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
ANSP	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
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
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-psychosocial-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
CPER	Contrat de projets État-région
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 (jusqu'au 1 ^{er} avril 2010)
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale (devenue DGCS)
DGCIS	Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services
DGCS	Direction générale de la cohésion 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
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (devenue DGOS)
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DLA	Dispositif local d'accompagnement
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1 ^{er} avril 2010)
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
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
FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées
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
IGF	Inspection générale des finances
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
LEGOS	Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison départementale de l'autonomie
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
ONFRIH	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPALES	Application informatique de gestion des dossiers de l'ex-CDES
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)
PAI	Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux
PASA	Pôles d'activités et de soins adaptés (en EHPAD)
PATHOS	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement
PCH	Prestation de compensation du handicap
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
RECORD	Réseau de ressources coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap
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
SPASAD	Service polyvalent d'aide 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
UHR	Unités d'hébergement renforcées (en EHPAD)
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

La CNSA est un établissement public dont les missions sont les suivantes :

- ★ Financer l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.
- ★ Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources.
- ★ Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux services de l'État dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre.
- ★ Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

ANNEXES 2009

Rapport de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie



SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 * Budgets

• Budget rectifié 2010	02
• Budget exécuté 2009	04

ANNEXE 2 * Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion passée entre la CNSA et l'État

08

ANNEXE 3 * Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

12

ANNEXE 4 * Actualisation 2009 des PRIAC, période 2009-20013

16

ANNEXE 5 * Bilan d'exécution des plans d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

28

ANNEXE 6 * Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2008

32

ANNEXE 7 * Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2009

44

Annexe 1 – Budgets

Budget rectifié 2010 (Conseil du 01/07/08)

Compte de résultat prévisionnel en millions d'euros

Sources : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts	CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 466,1	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 466,1	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	385,5	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	385,5
Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 256,7	Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 256,7	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	281,0	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	281,0
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 203,5	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	315,3	▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 941,4	▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2009 »	150,0	▪ Reprise de provisions « PAM et PAI »	150,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	▪ Déficit	0,0	▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	121,0	▪ Déficit	121,0
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5						
▪ Opérations diverses	23,5			Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	104,5	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	104,5
▪ Excédent	4,5			▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	▪ Prélèvement sur la section III	10,0
Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	8 209,4	Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	8 209,4	▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2009 »	64,5	▪ Reprise de provisions « PAM et PAI »	64,5
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 179,4	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	900,8	▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	30,0	▪ Déficit	30,0
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,3	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 267,0				
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	▪ Déficit	41,6				
▪ Opérations diverses	28,3						
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 571,4	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 571,4	Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,9	Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,9
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 549,7	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	450,4	▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,8	▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse /CNSA	17,8
▪ Congé de soutien familial	0,5	▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 049,0	▪ Dépenses de personnel/CNSA	8,7	▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1
▪ Opérations diverses	21,2	▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0	▪ Excédent	0,4		
Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	594,8	Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	594,8	Total des charges du compte prévisionnel	19 070,1	Total des produits du compte prévisionnel	18 868,0
▪ Concours versés aux départements (PCH)	506,3	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	585,5	Résultat prévisionnel (déficit)	202,0		
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	▪ Produits financiers	5,0	Total équilibre du compte	19 070,1	Total équilibre du compte	19 070,1
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	10,7	▪ Déficit	4,3	Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	14,5		
▪ Congé de soutien familial	0,5			Total atténuation de recettes	27,0		
▪ Opérations diverses	17,4						
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	88,9	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	88,9				
Sous-section 1 Personnes âgées	74,0	Sous-section 1 Personnes âgées	74,0				
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	66,0	▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,0				
▪ Plan métier	7,0	▪ Déficit	7,0				
▪ Opérations diverses	1,0						
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				

Budget exécuté 2009

Compte de résultat (en millions d'euros)

Sources : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés	PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 678,6	15 318,6	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 678,6	15 318,6
Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 058,0	8 036,0	Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 058,0	8 036,0
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 010,0	7 919,2	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	314,4	308,9
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	24,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 727,0	7 727,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	0,7	▪ Reprise de provision ANESM + divers	—	0,2
▪ Opérations diverses	23,3	22,8	▪ Déficit	16,6	0,0
▪ Excédent	—	69,3			
Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 620,6	7 282,6	Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 620,6	7 282,6
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 592,0	7 252,3	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	898,3	882,4
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	1,1	1,1	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 417,0	6 267,0
▪ Opérations diverses	27,5	29,1	▪ Reprise de provision ANESM + divers	—	0,4
▪ Excédent	—	0,0	▪ Déficit	305,3	132,7
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 583,7	1 564,2	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 583,7	1 564,2
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 562,0	1 548,2	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	449,1	441,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0	▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 052,6	1 033,4
▪ Opérations diverses	21,2	16,0	▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0	65,8
			▪ Produits financiers	15,0	22,7
			▪ Reprise de provision	—	1,0
Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	613,9	611,8	Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	613,9	611,8
▪ Concours versés aux départements (PCH)	514,7	509,7	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	583,9	573,6
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0	▪ Produits financiers	15,0	22,7
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4	22,8	▪ Produit exceptionnel	—	0,4
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0	▪ Reprise de provision	—	0,1
▪ Opérations diverses	17,3	19,3	▪ Déficit	15,0	15,0
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	89,1	120,7	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	89,1	120,7
Sous-section 1 Personnes âgées	74,2	100,5	Sous-section 1 Personnes âgées	74,2	100,5
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	66,2	56,0	▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,2	66,0
▪ Plan métier	7,0	0,0	▪ Produit exceptionnel	—	32,6
▪ Opérations diverses	1,0	0,8	▪ Reprise de provision	—	2,0
▪ Excédent	—	43,8	▪ Déficit	7,0	0,0
Sous-section 2 Personnes handicapées	14,9	20,1	Sous-section 2 Personnes handicapées	14,9	20,1
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	14,0	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,9
▪ Plan métier	3,0	0,0	▪ Reprise de provision	—	8,2
▪ Excédent	—	6,1	▪ Déficit	3,0	0,0

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés	PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	788,1	662,1	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	788,1	662,1
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	564,9	462,0	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	564,9	462,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,2	▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	4,6	3,5	▪ Reprise de provisions	4,6	3,5
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	11,3	11,3	▪ Subvention DGS « expérimentation MAIA »	4,2	4,2
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	195,0	117,7	▪ Reprise de provision « PAM »	195,0	132,8
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	180,0	156,9	▪ Produits exceptionnels	–	0,2
▪ CPER	115,0	115,6	▪ Déficit	351,1	311,4
▪ Plan de relance d'aide à l'investissement	49,0	50,8			
▪ Excédent	–	0,0			
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	223,2	200,1	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	223,2	200,1
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,0	▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	2,4	2,1	▪ Reprise de provision	2,4	1,5
▪ Dépenses emplois STAP 2009	4,8	4,8	▪ Reprise de provision « PAM »	85,0	54,3
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	85,0	49,4	▪ Produits exceptionnels	–	0,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50	69,3	▪ Déficit	125,8	134,2
▪ CPER	50,0	49,2			
▪ Plan de relance d'aide à l'investissement	21,0	19,3			
▪ Excédent	–	0,0			
Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,1	13,7	Section VI Frais de gestion de la Caisse	17,1	13,7
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1	5,3	▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0	13,2
▪ Dépenses de personnel / CNSA	8,5	8,2	▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1	0,0
▪ Excédent (financement immobilisation)	0,6	0,2	▪ Produits exceptionnels	–	0,4
Total des charges	18 721,0	18 126,5	Total des produits	17 897,7	17 652,5
Excédent	–	0,0	Déficit	823,3	474,0
Total équilibre du compte	18 721,0	18 126,5	Total équilibre du budget	18 721,0	18 126,5
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	14,5	14,1			
Total atténuation des recettes	26,9	27,4			

Annexe 2 – Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion passée entre la CNSA et l'État

17 mars 2010

Le Conseil scientifique a été saisi de six questions par le directeur de la CNSA pour rendre un avis scientifique sur les actions engagées en 2009 par la Caisse.

SUITES À DONNER À L'ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES CENTRES D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (CAMSP)

Le Conseil scientifique a pris connaissance avec intérêt de la restitution de l'étude qualitative pilotée par la CNSA sur l'activité des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et conduite par un prestataire extérieur.

Il s'est tout d'abord attaché à préciser les aspects méthodologiques qui lui paraissent pertinents pour des études de ce type. Au-delà de la description des fonctions et activités assurées par la catégorie de service étudiée, il est également utile de s'intéresser à la place qu'elle occupe dans la palette de l'offre et d'analyser les interactions entre ce service et ses partenaires. Il a également insisté sur l'intérêt de recueillir, comme cela avait été fait, le point de vue des usagers sur le service apporté. Une approche plus critique commande, enfin, de mesurer l'impact du fonctionnement des services par rapport aux besoins de la population et d'ainsi évaluer non seulement les besoins satisfaits mais également les besoins non couverts. En l'espèce, il aurait été intéressant d'investiguer davantage les situations qui ne trouvent pas une réponse adaptée dans les CAMSP.

Le Conseil scientifique a noté la particularité de la fonction de veille des CAMSP, qui se rapproche d'ailleurs de celle des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH) ; les travaux conduits sur ces deux types de structures par la CNSA gagneraient à être articulés.

Le Conseil scientifique a ainsi esquissé certains des prolongements qui pourraient être réalisés à la suite de cette étude. Il a noté que les monographies par CAMSP et par département pourraient être exploitées afin d'analyser les parcours de vie des personnes en vue des deuxièmes rencontres scientifiques que prépare la CNSA pour 2011. Des travaux complémentaires pourraient être conduits pour investiguer l'impact de l'action des CAMSP sur l'évolution du handicap des enfants, notamment leur capacité à en réduire les effets et à favoriser l'autonomie des enfants ; des approfondissements sur certains parcours pourraient permettre d'étudier la relation entre le succès ou l'échec de la prise en charge et le type de handicap et fournir des préconisations quant au recours le plus pertinent au CAMSP.

Il a, enfin, suggéré que ce rapport soit mis en perspective avec les travaux de l'association européenne sur l'action précoce.

APPROPRIATION DU GEVA

Le Conseil scientifique a pris connaissance du plan d'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), élaboré par la CNSA en réponse au bilan sur la mise en œuvre du GEVA. Il prévoit vingt actions parmi lesquelles l'adaptation du GEVA pour des publics spécifiques (par exemple, les personnes âgées), l'amélioration des échanges d'informations avec les partenaires, l'approfondissement de la notion de GEVA-compatibilité (c'est-à-dire de partage d'informations avec d'autres outils) et la construction de processus et d'outils complémentaires au GEVA pour aider à l'analyse initiale des besoins.

Le Conseil scientifique a apprécié la pertinence et l'ambition de l'action qu'il est prévu de déployer.

Il a attiré l'attention sur l'ambiguïté de l'utilisation du terme « outil d'évaluation », s'agissant du GEVA, celui-ci étant plutôt un outil de recueil des résultats d'évaluations.

Interpellé par les remarques récurrentes sur la prétendue lourdeur du GEVA – qui renvoie davantage à la lourdeur du processus d'évaluation qu'à l'outil de recueil lui-même, dont l'informatisation va faciliter l'utilisation –, le Conseil scientifique a attiré l'attention sur la question du coût de l'évaluation. Celui-ci doit notamment être apprécié du point de vue des moyens humains que les MDPH doivent mobiliser, soit par recrutement, soit par recours à des prestataires externes. Il faudrait s'assurer que l'évaluation réalisée sur la base du GEVA permette une meilleure adéquation entre les besoins des personnes et les moyens de compensation qui leur sont attribués.

L'adaptation de l'outil aux besoins spécifiques de différents publics ne doit quant à elle pas conduire à créer des outils spécifiques (pour les enfants, pour les personnes âgées ou pour le handicap d'origine psychique), ce qui serait contraire au mouvement de convergence des approches. Il s'agit de mettre davantage l'accent sur les volets les plus pertinents au regard de certaines situations. Il est ainsi inutile de conserver des volets relatifs à l'insertion professionnelle ou à la scolarisation pour les personnes âgées.

EXPÉRIMENTATION SUR LE DISPOSITIF D'APPELS À PROJETS PRÉVU DANS LA LOI HPST

Le Conseil scientifique a été informé des modifications qu'apporte la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) au régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à travers la création des appels à projets, qui seront lancés sur la base des besoins des territoires identifiés dans les schémas départementaux et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Soulignant l'importance du changement de paradigme, il a soulevé plusieurs points de vigilance :

- l'existence d'un diagnostic partagé des besoins des territoires par tous les acteurs est essentielle, entre responsables publics d'un côté – agences régionales de santé et conseils généraux – et, de l'autre, professionnels et usagers ; il s'est interrogé à ce titre sur la place de la conférence régionale de santé et de l'autonomie dans ce processus ;
- le champ d'analyse des ressources d'un territoire doit également être questionné ; les ressources sanitaires et médico-sociales étant souvent interdépendantes, le diagnostic territorial devrait tenir compte de l'offre en établissements et services médico-sociaux mais aussi de l'offre de services sanitaires, tant en soins de ville qu'en milieu hospitalier ;
- l'accompagnement des acteurs dans ce changement est enfin crucial pour la réussite de la démarche, leur capacité à répondre à des appels à projets étant très hétérogène.

Le Conseil scientifique suggère que soit définie une série d'indicateurs sur la plus-value effective du système d'appels à projets et sur sa capacité à adapter l'offre aux besoins du territoire. Ces indicateurs pourraient être une base pour une future évaluation de cette réforme.

CRITÈRES DE RÉPARTITION DES ENVELOPPES BUDGÉTAIRES

Le Conseil scientifique a été informé du projet de révision des critères de répartition interrégionale des enveloppes budgétaires pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

Il a souligné à quel point la question de ces critères de répartition reposait sur une conception de l'égalité – et de l'équité souvent implicite –, qui pourrait être éclairée par des travaux dans le domaine de l'éthique.

Le Conseil scientifique a reconnu qu'il est pertinent de faire évoluer le critère actuel de la population (population générale de plus de 75 ans pour le champ des personnes âgées et des personnes de 0 à 60 ans pour le champ des personnes handicapées). Il s'agit d'une réflexion qui doit être engagée afin de mieux cerner les populations ayant recours aux établissements et services médico-sociaux et ainsi mieux approcher les besoins de chaque territoire.

S'il peut contribuer à éclairer ce débat, il ne dispose pas à ce jour d'éléments suffisamment solides scientifiquement pour modifier rapidement cet indicateur. Il est nécessaire d'engager des travaux sur ce sujet.

Les membres du Conseil scientifique ont fait état de travaux susceptibles d'alimenter la réflexion, parmi lesquels les analyses secondaires des données de l'enquête santé 2002-2003 sur les disparités régionales d'espérance de

santé de l'Institut national d'études démographiques (INED). Ils ont considéré que l'annonce d'une non-disponibilité, dans un avenir proche, de travaux sur les petits domaines à partir de l'enquête Handicap-Santé constituait une information importante qui devait conduire à identifier des pistes de travaux alternatives pour approcher la question des disparités territoriales.

STRATÉGIE DANS LE DOMAINE DES INFORMATIONS TERRITORIALES

Le Conseil scientifique a pris connaissance du bilan de sa commission spécialisée dédiée aux informations territoriales. Celle-ci a consacré près de deux ans à l'élaboration d'un guide pour la valorisation des données locales.

Le Conseil scientifique a souligné le caractère remarquable de ce travail de recensement et d'analyse d'une sélection de quelque 300 indicateurs constitués à partir de données existantes et jugées les plus pertinentes.

Ce travail en appelle d'autres, notamment pour compléter le guide au fur et à mesure que d'autres données seront disponibles. L'identification des indicateurs qui seraient nécessaires et qui ne sont pas disponibles est souhaitable.

Le dispositif de valorisation à mettre en place, au-delà de l'édition et de la diffusion qui sont d'ores et déjà prévues, pourrait être discuté lors d'une prochaine séance du Conseil scientifique (l'organisation d'un colloque de restitution, par exemple).

TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Le Conseil scientifique a été informé de l'ouverture d'une réflexion sur les modalités de tarification des établissements pour personnes handicapées.

Il a ainsi pris connaissance de l'étude engagée par la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI) avec le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) soutenue financièrement par la Caisse. Cette étude montre qu'il n'existe pas de corrélation entre le niveau d'autonomie des adultes handicapés accueillis dans les 120 établissements enquêtés et le niveau des moyens de chacun de ces établissements.

L'entrée par déficience, retenue dans l'étude, à savoir la cotation de la lourdeur de la déficience principale pondérée sur la base des déficiences associées, n'était pas une approche appropriée. Les ressources venant compenser un handicap et non une déficience, rien ne peut être déduit du constat d'une non-corrélation. Une étude poursuivant les objectifs menés dans la région Bruxelles Capitale a abouti à des résultats similaires.

Devrait ainsi être privilégiée une approche fondée sur l'évaluation des besoins par domaine de vie tels que structurés dans le GEVA et qui met en regard les moyens mobilisés.

La notion de *capabilities* peut contribuer à approfondir la réflexion sur les critères d'évaluation des besoins.

Le Conseil scientifique propose que lui soit soumis pour discussion un premier texte sur la problématique de la tarification des établissements pour personnes handicapées.

RÉPARTITION DES CONCOURS VERSÉS PAR LA CNSA AUX DÉPARTEMENTS AU TITRE DE L'APA, DE LA PCH ET DES MDPH

Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

CRITÈRES APA (art. R14-10-38)			PONDÉRATION
$Fd = (PAd/\Sigma PAd) \times 50 \% + (Dd/\Sigma Dd) \times 20 \% - (PFd/\Sigma PFd) \times 25 \% + (RMI d/\Sigma RMId) \times 5 \%$			
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
$Fd = (PAAAd/PAAAd) \times 60 \% + (PAESd + PAAHd + PPId) / (PAESd + PAAHd + PPId) \times 30 \% + (PCd/PCd) \times 30 \% - (PFd/PFd) \times 20 \%$			
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	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 %
Coefficients total 100 %			

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

Annexe 3 – Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2009						TOTAL	CUMUL SUR QUATRE ANS			
	APA		PCH		MDPH			APA	PCH	MDPH	
	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (90 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels au 31/03/09		Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009	
01 Ain	8 710 000	9 168 776	3 687 000	4 088 780	530 000	557 947	13 815 503	34 959 413	16 358 345	1 588 845	
02 Aisne	13 444 000	14 151 810	4 800 000	5 319 617	525 000	553 129	20 024 556	54 623 616	21 844 701	1 574 647	
03 Allier	13 582 000	14 296 457	2 913 000	3 226 991	388 000	407 975	17 931 423	55 370 857	13 136 606	1 134 566	
04 Alpes de Haute Provence	4 350 000	4 579 471	996 000	1 102 553	275 000	289 380	5 971 404	17 547 413	4 693 143	763 784	
05 Hautes Alpes	3 489 000	3 672 361	1 002 000	1 106 791	267 000	280 956	5 060 108	14 251 006	4 482 439	741 712	
06 Alpes Maritimes	31 660 000	33 326 650	7 332 000	8 130 414	734 000	772 773	42 229 836	132 506 819	33 433 174	2 255 413	
07 Ardèche	10 802 000	11 370 698	2 319 000	2 567 359	369 000	388 910	14 326 967	44 026 759	10 341 502	1 069 823	
08 Ardennes	7 622 000	8 023 168	2 520 000	2 790 176	365 000	384 619	11 197 963	30 717 024	11 395 222	1 056 874	
09 Ariège	6 199 000	6 525 124	1 140 000	1 264 598	274 000	288 868	8 078 590	25 416 937	5 176 597	762 188	
10 Aube	8 306 000	8 742 988	2 079 000	2 304 399	373 000	392 937	11 440 323	33 107 948	9 376 600	1 082 588	
11 Aude	13 247 000	13 944 426	3 069 000	3 405 261	386 000	406 026	17 755 713	54 175 437	13 708 953	1 125 865	
12 Aveyron	11 902 000	12 528 567	1 923 000	2 133 611	345 000	362 857	15 025 035	48 653 881	8 937 219	992 470	
13 Bouches du Rhône	45 273 000	47 655 846	13 533 000	15 011 097	1 342 000	1 412 920	64 079 863	190 229 909	60 544 000	4 223 879	
14 Calvados	16 149 000	16 998 994	4 887 000	5 418 933	603 000	634 936	23 052 863	65 844 725	22 581 134	1 832 482	
15 Cantal	6 708 000	7 061 142	1 212 000	1 344 123	282 000	297 030	8 702 295	27 958 256	5 431 566	791 199	
16 Charente	12 548 000	13 208 754	3 030 000	3 358 661	396 000	416 767	16 984 182	51 218 866	13 361 298	1 159 853	
17 Charente Maritime	20 966 000	22 069 000	4 281 000	4 747 812	534 000	562 508	27 379 320	84 847 900	19 348 440	1 606 413	
18 Cher	10 259 000	10 798 643	2 763 000	3 062 983	378 000	397 418	14 259 045	41 640 750	12 385 185	1 100 274	
19 Corrèze	10 795 000	11 363 497	1 701 000	1 885 612	328 000	345 133	13 594 242	44 113 409	7 837 924	939 227	
20a Corse du Sud	4 906 000	5 163 797	1 773 000	1 966 591	265 000	279 392	7 409 780	22 489 545	8 300 869	734 300	
20b Haute Corse	5 231 000	5 506 785	1 584 000	1 754 875	285 000	299 514	7 561 173	21 024 377	7 147 460	793 306	
21 Côte d'Or	11 487 000	12 091 649	3 687 000	4 083 785	509 000	536 148	16 711 581	47 104 227	17 204 917	1 527 413	
22 Côtes d'Armor	19 459 000	20 482 867	4 671 000	5 175 776	522 000	549 080	26 207 723	79 605 866	20 906 456	1 563 526	
23 Creuse	10 030 000	10 558 258	1 056 000	1 171 945	262 000	275 666	12 005 870	46 640 078	4 855 232	723 532	
24 Dordogne	16 672 000	17 549 023	3 168 000	3 514 283	424 000	446 434	21 509 740	68 359 240	13 984 134	1 249 851	
25 Doubs	10 642 000	11 202 010	3 636 000	4 037 240	506 000	532 825	15 772 075	42 456 294	16 438 577	1 512 022	
26 Drôme	11 165 000	11 752 882	3 168 000	3 515 755	455 000	479 178	15 747 815	45 365 344	14 864 856	1 345 510	
27 Eure	10 292 000	10 834 201	4 536 000	5 032 728	544 000	572 194	16 439 122	42 024 081	20 329 229	1 634 849	
28 Eure et Loir	9 083 000	9 561 322	2 892 000	3 206 833	448 000	471 285	13 239 440	37 057 474	13 082 480	1 325 072	
29 Finistère	27 868 000	29 334 331	6 678 000	7 406 164	726 000	763 761	37 504 256	114 136 097	30 559 419	2 224 869	
30 Gard	21 766 000	22 911 462	4 842 000	5 370 334	599 000	630 714	28 912 509	87 844 919	21 886 616	1 811 476	
31 Haute Garonne	23 053 000	24 266 034	7 776 000	8 618 018	941 000	990 889	33 874 940	95 445 135	34 873 396	2 914 496	
32 Gers	10 843 000	11 413 867	1 485 000	1 644 748	296 000	311 716	13 370 330	51 349 743	6 547 122	834 043	
33 Gironde	33 459 000	35 220 032	10 779 000	11 953 145	1 060 000	1 115 425	48 288 602	136 342 730	47 405 004	3 305 271	
34 Hérault	32 264 000	33 962 073	6 930 000	7 682 812	791 000	832 658	42 477 543	130 287 635	32 160 094	2 433 658	
35 Ille et Vilaine	20 001 000	21 053 519	7 119 000	7 896 723	780 000	820 890	29 771 131	81 227 040	31 849 805	2 394 384	
36 Indre	9 354 000	9 845 915	1 851 000	2 050 849	326 000	343 487	12 240 251	37 995 819	8 223 917	931 713	
37 Indre et Loire	14 230 000	14 979 191	3 687 000	4 084 527	541 000	569 429	19 633 148	58 384 835	16 997 517	1 628 802	
38 Isère	18 006 000	18 953 534	8 067 000	8 947 294	890 000	936 605	28 837 433	72 803 063	36 251 129	2 751 060	
39 Jura	6 989 000	7 356 761	1 800 000	1 994 912	339 000	356 961	9 708 635	28 602 950	8 191 202	975 716	
40 Landes	11 863 000	12 487 505	2 331 000	2 586 384	398 000	418 899	15 492 788	48 113 136	10 323 995	1 160 908	
41 Loir et Cher	10 647 000	11 207 703	2 151 000	2 385 603	379 000	398 700	13 992 006	43 362 099	9 640 213	1 103 180	
42 Loire	21 018 000	22 124 188	6 549 000	7 262 875	627 000	660 104	30 047 167	85 415 310	30 320 769		

DÉPARTEMENTS	2009						CUMUL SUR QUATRE ANS			
	APA		PCH		MDPH		APA	PCH	MDPH	
	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (90 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels au 31/03/09	TOTAL	Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009
49 Maine et Loire	18 031 000	18 979 923	5 028 000	5 576 635	664 000	699 416	25 255 973	73 802 292	22 869 873	2 022 385
50 Manche	14 918 000	15 703 080	4 014 000	4 447 116	472 000	496 831	20 647 027	59 329 790	17 714 471	1 396 236
51 Marne	11 018 000	11 598 273	4 371 000	4 848 463	556 000	585 681	17 032 417	44 909 160	20 513 182	1 678 193
52 Haute Marne	6 007 000	6 322 667	1 674 000	1 859 980	304 000	320 299	8 502 946	24 356 283	7 765 306	863 335
53 Mayenne	8 953 000	9 424 215	2 079 000	2 306 357	370 000	389 191	12 119 763	35 996 834	9 372 834	1 070 883
54 Meurthe et Moselle	17 405 000	18 321 054	5 394 000	5 976 377	653 000	686 915	24 984 346	71 073 377	24 967 389	1 988 566
55 Meuse	5 489 000	5 777 914	1 407 000	1 556 053	311 000	327 867	7 661 835	22 386 087	6 407 835	882 907
56 Morbihan	19 313 000	20 329 299	5 271 000	5 845 743	603 000	634 353	26 809 394	78 894 946	23 716 665	1 824 146
57 Moselle	18 861 000	19 853 374	7 773 000	8 616 721	852 000	896 597	29 366 692	74 985 510	34 532 571	2 629 856
58 Nièvre	9 592 000	10 097 354	1 986 000	2 198 221	319 000	335 619	12 631 195	38 699 112	9 300 305	907 766
59 Nord	56 999 000	59 998 967	20 577 000	22 820 199	1 836 000	1 933 031	84 752 198	231 450 365	93 102 553	5 816 680
60 Oise	9 846 000	10 364 001	5 931 000	6 578 991	689 000	725 620	17 668 611	39 757 008	27 323 780	2 107 990
61 Orne	10 247 000	10 785 940	2 181 000	2 421 031	366 000	384 753	13 591 723	41 518 110	10 088 802	1 058 383
62 Pas de Calais	41 816 000	44 017 028	11 424 000	12 669 346	1 116 000	1 174 731	57 861 105	169 438 164	52 732 340	3 483 707
63 Puy de Dôme	16 708 000	17 587 025	4 800 000	5 317 101	582 000	612 750	23 516 877	67 109 059	21 599 934	1 762 770
64 Pyrénées Atlantiques	18 686 000	19 669 949	4 710 000	5 220 586	560 000	589 071	25 479 606	76 353 930	21 298 978	1 690 294
65 Hautes Pyrénées	9 544 000	10 046 835	2 040 000	2 266 391	326 000	342 959	12 656 185	38 642 068	9 404 123	930 707
66 Pyrénées Orientales	15 393 000	16 202 898	3 369 000	3 737 951	425 000	447 491	20 388 339	62 695 733	15 146 916	1 251 544
67 Bas Rhin	18 971 000	19 968 999	7 980 000	8 842 963	883 000	929 476	29 741 438	76 450 450	35 247 820	2 726 247
68 Haut Rhin	11 598 000	12 208 380	5 334 000	5 911 040	647 000	681 071	18 800 492	46 019 612	23 801 388	1 963 609
69 Rhône	26 560 000	27 958 417	11 547 000	12 805 004	1 190 000	1 252 956	42 016 377	107 742 225	51 974 717	3 726 467
70 Haute Saône	6 403 000	6 739 968	1 737 000	1 928 580	336 000	354 077	9 022 624	26 361 463	7 893 861	965 335
71 Saône et Loire	19 073 000	20 076 735	4 104 000	4 544 884	512 000	538 614	25 160 233	76 965 635	18 656 018	1 533 740
72 Sarthe	15 442 000	16 255 041	3 966 000	4 394 302	525 000	552 295	21 201 638	62 936 778	17 731 258	1 573 258
73 Savoie	6 537 000	6 881 085	2 676 000	2 967 628	416 000	438 307	10 287 020	26 692 366	12 133 081	1 224 434
74 Haute Savoie	6 989 000	7 357 143	3 861 000	4 277 326	596 000	627 219	12 261 687	29 007 499	17 385 050	1 805 206
75 Paris	16 763 000	17 645 134	11 997 000	13 306 645	1 401 000	1 475 205	32 426 983	69 465 749	54 433 603	4 405 495
76 Seine Maritime	28 312 000	29 801 888	10 383 000	11 516 251	940 000	989 816	42 307 956	115 728 287	46 951 062	2 920 487
77 Seine et Marne	9 842 000	10 359 792	8 130 000	9 010 878	995 000	1 046 938	20 417 608	39 622 490	36 845 840	3 096 127
78 Yvelines	7 687 000	8 091 787	7 602 000	8 431 030	994 000	1 045 898	17 568 715	30 840 220	33 920 626	3 100 198
79 Deux Sèvres	11 767 000	12 386 746	2 352 000	2 609 161	403 000	424 503	15 420 410	48 206 682	10 980 537	1 180 109
80 Somme	15 053 000	15 844 846	4 929 000	5 467 159	543 000	572 045	21 884 051	61 315 473	22 456 684	1 634 098
81 Tarn	15 100 000	15 894 355	2 892 000	3 205 019	405 000	426 531	19 525 904	61 292 482	13 137 100	1 187 657
82 Tarn et Garonne	8 501 000	8 948 290	1 950 000	2 160 631	320 000	337 302	11 446 223	34 581 620	8 522 277	910 643
83 Var	27 699 000	29 157 125	6 294 000	6 977 497	710 000	747 732	36 882 354	113 060 259	29 128 999	2 175 223
84 Vaucluse	13 051 000	13 737 699	3 498 000	3 874 809	501 000	526 843	18 139 351	53 234 197	15 769 006	1 496 482
85 Vendée	15 186 000	15 984 834	3 888 000	4 311 242	538 000	566 174	20 862 250	62 217 316	17 632 059	1 614 426
86 Vienne	12 000 000	12 631 511	2 937 000	3 253 701	455 000	478 773	16 363 985	48 323 541	13 262 282	1 348 074
87 Haute Vienne	13 606 000	14 321 975	3 075 000	3 406 582	415 000	437 163	18 165 720	55 451 436	13 763 612	1 221 735
88 Vosges	10 022 000	10 549 311	2 775 000	3 080 323	423 000	445 046	14 074 680	40 200 438	12 554 624	1 245 986
89 Yonne	10 254 000	10 794 201	3 207 000	3 558 885	395 000	415 852	14 768 938	41 880 727	14 470 932	1 153 852
90 Territoire de Belfort	3 198 000	3 365 466	1 068 000	1 184 492	278 000	292 638	4 842 596	12 819 227	4 510 461	774 310
91 Essonne	8 465 000	8 910 984	7 296 000	8 091 945	908 000	955 445	17 958 374	33 599 572	32 721 902	2 819 159
92 Hauts de Seine										

Annexe 4 – Actualisation 2009 des PRIAC, période 2009-2013

Analyse générale qualitative et quantitative au 10 juin 2009

LES AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU PROCESSUS DE PROGRAMMATION MÉDICO-SOCIALE EN 2009

* Les objectifs poursuivis

À la suite du bilan 2008 après trois années de pratiques du processus PRIAC et en cohérence avec les conclusions du rapport de la mission IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC, trois orientations prioritaires ont été retenues pour l'actualisation 2009.

Approfondir la concertation pour une coordination progressive des programmations

Le mouvement d'amélioration continue du processus PRIAC est à poursuivre. Le bilan effectué en 2008 a montré une conduite des échanges encore inégale, selon les acteurs et entre les régions et départements, ainsi que la nécessité de renforcer la coordination des programmations entre financeurs. Sur l'actualisation 2009, l'objectif était d'améliorer la conduite de la concertation et de la communication, à travers notamment le renforcement de la coordination régionale des échanges pour assurer la cohérence des messages au sein de la région.

Progresser dans la connaissance des besoins et le diagnostic des ressources en amont du PRIAC

Le rapport de la mission conduite en 2008 par l'IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC a souligné le besoin d'une identification partagée des besoins, notamment avec les conseils généraux. Le contexte de mutation institutionnelle à venir renforce cet impératif. Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires confirme le PRIAC comme instrument de mise en œuvre du schéma régional d'organisation de l'offre médico-sociale, composante du projet régional de santé, en articulation avec l'ensemble du champ de la santé et de la perte d'autonomie couvert par l'ARS, et en cohérence avec les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux au sein de la région.

Identifier les priorités en programmation, en intégrant la capacité de réalisation dans l'objectif d'accélérer l'exécution des moyens alloués jusqu'à l'ouverture effective aux personnes

Les stratégies régionales restent encore insuffisamment lisibles pour orienter les porteurs de projets et la définition des priorités interdépartementales trop peu sélective pour permettre à moyen terme une réduction des inégalités territoriales d'équipement.

La préparation de la mise en place de la démarche d'appel à projets implique de consolider le processus de programmation pluriannuelle et l'identification des priorités (en termes de territoires prioritaires et de types d'équipement) dans l'ensemble des régions.

Les PRIAC ont progressivement évolué depuis 2006 vers des volumes de programmation plus homogènes. En revanche, les rythmes de programmation sur la période couverte (cinq ans), encore assez linéaires, mettent en évidence une prise en compte insuffisante de « la capacité à faire », qui se traduit par les retards dans la réalisation effective des places nouvelles et par les écarts entre les enveloppes allouées et les décaissements des caisses d'assurance maladie. La prise en compte de la « capacité à faire » doit se traduire dans les rythmes de programmation sur la période couverte, mais également dans l'accompagnement de la mise en œuvre de la programmation à travers notamment les leviers des ressources humaines et de l'investissement.

* Les actions mises en œuvre

L'appui à la programmation médico-sociale

L'appui de la CNSA à la programmation médico-sociale a été poursuivi par...

L'appui au réseau des services déconcentrés dans le processus PRIAC

À partir du rapport d'analyse générale des programmations 2008-2012, présenté au Conseil de la CNSA le 1^{er} juillet 2008, les analyses régionales comparatives ont été établies dans le cadre des échanges techniques réalisés d'octobre à décembre 2008 (vingt-six rencontres dont huit déplacements en régions). La CNSA a fait évoluer le contenu de ces échanges afin de porter l'accent sur la cohérence du cycle programmation – allocation de ressources – réalisation et exécution jusqu'au décaissement par les caisses d'assurance maladie, par l'amélioration des supports fournis, personnalisés par région (« baromètre de la région », tableaux de bord personnes âgées/

personnes handicapées, indicateurs des programmes de qualité et d'efficience). C'est à l'issue de cette phase d'échanges que les orientations prioritaires pour l'actualisation 2009 ont été définies dans une note méthodologique.

Les approfondissements méthodologiques et qualitatifs ont porté sur :

- la démarche et les outils méthodologiques : sur la base de la première version de la « revue des indicateurs » utilisés en planification médico-sociale en régions et départements, réalisée avec trois régions en 2008, les travaux se poursuivent avec l'objectif de co-construire à terme un « guide pratique » de la planification médico-sociale ;
- l'action précoce : rapport de l'enquête quantitative sur les CAMSP publié en juin 2008 ; les résultats de l'enquête qualitative sont parus en décembre 2009 ;
- la diversification des modes d'accompagnement : sur les nouveaux services d'accompagnement et de soin pour les adultes handicapés – SAMSah et SSIAD (rapport de l'étude qualitative publié en juin 2008 et orientations) et sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (étude portant sur les freins et facteurs de réussite des structures de répit lancée en juin 2009) ;
- l'évolution des besoins d'accompagnement des enfants : journée de travail et d'échanges avec les correspondants régionaux et départementaux, avec la participation de l'Éducation nationale (30 janvier 2009) ;
- les handicaps rares ou nécessitant une expertise complexe : le schéma national de l'organisation de l'offre médico-sociale pour les handicaps rares a été finalisé au premier semestre 2009 et soumis à l'avis du CNOSMS lors de sa séance du 25 juin 2009.

La CNSA participe également aux travaux en cours pilotés par le Secrétariat général pour la mise en place des agences régionales de santé (régulation, projet régional de santé, démocratie sanitaire et animation territoriale, indicateurs de pilotage) et elle a été chargée de la coordination du projet-pilote sur l'appel à projets avec trois régions : Bourgogne, Centre, Pays de Loire.

La stabilisation de la durée et du contenu du PRIAC

À la demande des services de l'État et conformément à la recommandation formulée dans le rapport de la mission IGAS précité sur les PRIAC, le dispositif de programmation a été stabilisé en 2009.

Ainsi la durée de programmation a-t-elle été maintenue sur cinq ans, soit l'année en cours plus quatre ans.

De même, le contenu du cadre de présentation n'a pas été modifié pour l'actualisation 2009, dans un souci de continuité et de stabilisation : maintien des volets sur la valorisation de la programmation en équivalents temps plein (ETP), suivi des réalisations⁽¹⁾, adaptation de l'offre (en termes de transformations de l'existant, de requalifications) et articulations sanitaires et sociales, ainsi que les annexes portant sur les leviers des ressources humaines et de l'investissement, au regard de l'enjeu de l'exécution des programmations.

* Les premiers constats sur la mise en œuvre de l'actualisation des PRIAC en 2009⁽²⁾

La concertation avec les décideurs en régions s'inscrit de plus en plus dans le cadre d'un dialogue permanent et coordonné au niveau régional.

- En 2009, la concertation avec les conseils généraux, qui s'était généralisée à l'occasion de l'actualisation 2008 dans l'ensemble des régions, s'est approfondie. Les échanges sont coordonnés au niveau régional, dans la plupart des régions, par un comité régional de concertation⁽³⁾ associant les directions départementales d'action sociale. Bien que les échanges restent principalement conduits avec les services techniques, les élus ont également été associés dans un tiers des régions, lors de rencontres spécifiques ou au moment de l'examen du PRIAC par le CROSMS. Enfin, l'avis formel des présidents de conseil général a été sollicité sur l'actualisation 2009 dans deux tiers des régions.
- La concertation sur les programmations paraît avoir progressé avec l'Éducation nationale. Toutefois, la coordination entre les programmations médico-sociales et de scolarisation s'effectue encore peu dans une perspective pluriannuelle.
- La coordination avec les agences régionales d'hospitalisation s'est également développée dans plusieurs régions, même si elle demeure souvent centrée sur des opérations spécifiques de recomposition hospitalière. Les organismes d'assurance maladie sont également davantage associés aux problématiques communes, telles que l'articulation entre SSIAD et infirmiers libéraux pour les personnes âgées dépendantes à domicile.

(1) Les données du bilan de l'exécution des programmations au 31 décembre 2008 ont été intégrées par la CNSA dans les supports régionaux pour l'actualisation 2009.

(2) Ils ont été appréciés à partir de l'exploitation de quinze questionnaires régionaux relatifs à l'élaboration de l'actualisation du PRIAC en 2009.

(3) Selon les régions : comité de pilotage régional, comité de concertation, groupe technique régional...

- Avec les autres partenaires, la situation est plus hétérogène. Certaines régions poursuivent le travail de coordination avec l'Équipement pour développer une politique régionale d'investissement. Dans près de la moitié des régions, les échanges se développent avec les conseils régionaux, en particulier dans le cadre du plan Métiers, pour identifier les priorités en matière de formation et de ressources humaines.

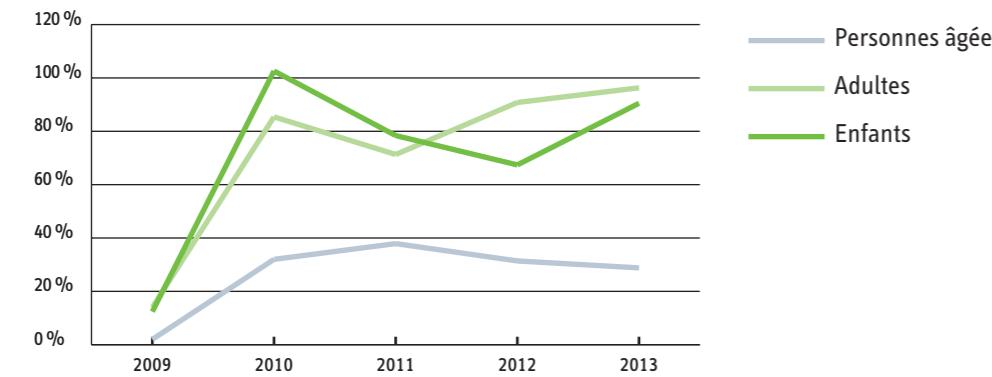
La consultation des partenaires et la communication auprès des acteurs ont progressé mais les stratégies régionales restent souvent trop peu lisibles

- L'organisation de la consultation du CROSMS a été améliorée dans plusieurs régions en associant les partenaires aux travaux préparatoires et aux échanges en amont de l'examen du PRIAC. Dans quelques régions, la consultation s'est articulée en deux temps distincts, avec une première séance consacrée à la présentation du bilan et à la discussion sur les orientations stratégiques régionales puis la seconde à l'examen de la programmation actualisée. Peu de CROSMS ont émis des réserves sur l'actualisation du PRIAC (deux régions sur les quinze ayant répondu au questionnaire) ; elles portaient sur le volume de programmation pour les personnes âgées jugé insuffisant compte tenu du vieillissement de la population et sur la prévision des transformations de capacités d'IME en SESSAD considérée comme excessive au regard des listes d'attente sur le secteur de l'enfance.
- Le PRIAC a fait l'objet de présentations et de communications auprès des instances de concertation régionales et départementales dans certaines régions : les comités départementaux de concertation des personnes handicapées (CDCPH), les comités départementaux et régionaux pour les personnes âgées (CODERPA et CORE-RPA), la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCRM) et le comité technique régional de l'autisme (CTRA). Des réunions d'information spécifiques sur la programmation du PRIAC ont également été tenues en direction des acteurs et des porteurs de projets du secteur médico-social, mais aussi avec les MDPH. La mise en ligne du PRIAC actualisé en 2009 est effective ou prévue dans l'ensemble des régions.
- Les orientations régionales en amont de la programmation ont été définies dans la plupart des régions sous la forme d'un document spécifique. Les programmations de développement de l'offre médico-sociale intègrent aussi les objectifs de transformation et d'adaptation de l'équipement existant. Mais les priorités interdépartementales ne sont pas encore déterminées dans toutes les régions en ciblant les territoires à couvrir. De plus, les programmations sont encore réalisées à partir des projets en attente de financement, notamment sur le champ des personnes âgées. Ainsi, seule la moitié des régions considère que la programmation adoptée en 2009 permettrait d'ores et déjà de lancer une démarche d'appel à projets.
- Les objectifs de progrès identifiés en régions pour la période à venir ciblent particulièrement l'amélioration de la connaissance des besoins et du diagnostic des ressources, à mener en planification de façon partagée avec l'élaboration et l'actualisation des schémas départementaux, pour définir des priorités communes de développement et d'adaptation de l'offre de services.

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMATIONS ACTUALISÉES EN 2009⁽⁴⁾

* Des volumes qui traduisent des programmations plus offensives, notamment pour les personnes handicapées

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiées en 2009 – toutes catégories d'équipement confondues – France entière



(4) L'analyse porte sur les données des vingt cinq PRIAC actualisés parvenus à la CNSA au 10 juin 2009, dont dix-sept à l'issue des procédures de consultation et d'adoption (pour huit 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.

Sur le secteur des personnes âgées, les volumes de programmation traduisent des besoins encore soutenus en EHPAD

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est régulier sur la période 2010-2013 et les volumes traduisent une programmation plus offensive : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 31 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2009 (au 15 février) hors Dom, alors qu'il s'élevait à + 22 % en moyenne dans les PRIAC métropolitains version 2008 pour la période 2009-2012. L'évolution annuelle rapportée au niveau de mesures nouvelles notifiées en 2009 se décline néanmoins de façon différenciée selon les types d'accompagnement : comme en 2008, la progression est globalement plus offensive pour les EHPAD et dans une moindre mesure, pour l'hébergement temporaire, alors que l'accueil de jour et les SSIAD enregistrent un niveau d'évolution plus faible⁽⁵⁾. Enfin, les écarts entre régions quant au niveau de programmation se sont réduits.

Sur le secteur du handicap, des volumes de programmation en progression

Le volume global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC actualisés en 2009 pour les personnes handicapées se situe en moyenne à un niveau plus élevé, avec un taux moyen d'évolution sur les quatre ans qui s'établit à + 77 % (versus + 36 % en version 2008) par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2009 – hors Dom, tant pour les enfants que pour les adultes. Si le rythme est assez régulier sur la période 2010-2011, il présente une accélération à partir de 2012 sur le secteur des adultes et en 2013 sur celui des enfants. La comparaison entre les volumes de programmation dans les PRIAC est à apprécier avec précaution, compte tenu du taux de mesures nouvelles en diminution en 2009 par rapport à 2008. Les régions n'ont globalement pas pris en compte, dans l'actualisation 2009 de leur programmation, l'étalement du financement du plan pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées sur sept ans.

Les écarts entre les niveaux de programmation des régions se sont encore rasserrés.

L'analyse de la programmation dans les départements d'outre-mer

Compte tenu de la situation spécifique des départements d'outre-mer en termes d'offre médico-sociale et de besoins de la population, les programmations médico-sociales de la Guadeloupe et de la Martinique⁽⁶⁾ font l'objet d'une exploitation distincte. Les volumes prévisionnels sont en forte progression, notamment sur le secteur du handicap, en lien avec les moyens prévus par le plan de rattrapage.

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiées en 2009 – toutes catégories d'équipement confondues



(5) 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.

(6) Le PRIAC actualisé 2009 de la Guyane n'était pas encore transmis à la date d'élaboration de la synthèse. Les volumes de programmation de La Réunion ont été actualisés compte tenu des montants alloués en 2009 au titre des enveloppes anticipées.

* Des coûts à la place supérieurs en programmation pour les MAS et pour les établissements dédiés aux enfants polyhandicapés et avec autisme et TED

Sur le secteur du handicap, la programmation de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire a globalement été valorisée à partir des coûts unitaires de référence utilisés comme base de calcul des programmations nationales. En revanche, pour certains établissements, les coûts à la place programmés dans les PRIAC en création ou extension (hors requalification et transformation) restent en moyenne supérieurs de 10 % au calibrage des plans nationaux pour les établissements dédiés aux enfants polyhandicapés et avec autisme et TED, ainsi que pour les places de MAS, quel que soit le public ciblé.

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 et les handicaps rares.

Comme en 2008, les programmations régionales des PRIAC pour 2009-2013 sur le secteur des personnes âgées ont été valorisées en termes de financement sur la base des coûts unitaires de référence par type de structures utilisés comme base de calcul des programmations nationales.

* La valorisation de la programmation 2009-2013 en emplois

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, à partir des dossiers de demande d'autorisation ou d'une estimation des besoins de personnels sur la base des effectifs des établissements existants (enquêtes ES – établissements sociaux – et EHPA – établissements d'hébergement pour personnes âgées –, enquêtes régionales ou départementales). En complément de la valorisation en emplois de la programmation pluriannuelle des places nouvelles, l'annexe « ressources humaines » du PRIAC est destinée à établir un diagnostic et un recensement des besoins pour l'adaptation de l'offre existante (postes vacants et besoins en qualification et formation).

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 28 200 ETP sur la période 2009-2013 pour mettre en œuvre la programmation des places nouvelles pour les personnes âgées (résultats provisoires sur dix-neuf régions au 10 juin 2009), majoritairement ciblé sur les aides-soignants (68 %), les aides médico-psychologiques – AMP – (11 %) et les personnels infirmiers (20 %), en complément des médecins coordonnateurs.

Établissements et services pour personnes âgées

(Résultats provisoires sur 19 régions au 10 juin 2009)

ETP 2009-2013	
Qualification du personnel (relevant du soin)	Personnes âgées
Infirmier IDE	5 577
Aide-soignant	19 046
Aide médico-psychologique	3 166
Médecin coordonnateur	418
Total	28 207

Sur le secteur des personnes handicapées

Le besoin en effectifs pour couvrir la programmation prévisionnelle de places nouvelles s'élève à plus de 18 000 ETP sur la période 2009-2013⁽⁷⁾. La part des effectifs programmés sur le secteur des adultes est prépondérante (72 %) par comparaison à celle destinée aux enfants. Les effectifs sont composés principalement de personnels socio-éducatifs (38 %) et de personnels paramédicaux (28 %), avec une ventilation différenciée selon la catégorie d'âge du public. La programmation permet d'identifier les besoins en personnels par types de qualifications, dans l'objectif d'alimenter les travaux de planification, notamment le schéma régional des formations.

Établissements et services pour personnes handicapées

(Résultats provisoires sur 18 régions au 10 juin 2009)

Qualification du personnel	Nombre d'ETP prévisionnel 2009-2013		
	Personnes handicapées		
	Enfants	Adultes	TOTAL
Personnel de direction, administration, services généraux	1 294	2 758	4 052
Personnel socio-éducatif	2 253	4 733	6 986
dont éducateur spécialisé	1 735	2 159	3 893
Personnel médical	439	1 553	1 992
dont psychiatre	90	123	213
dont généraliste	47	86	133
Personnel paramédical	1 113	3 922	5 035
dont infirmier (IDE)	827	2 715	3 542
dont aide-soignant	149	1 536	1 685
dont aide médico-psychologique	178	1 358	1 536
dont psychologue	360	329	689
dont orthophoniste	204	47	250
dont psychomotricien	230	81	311
dont kinésithérapeute	149	79	228
dont ergothérapeute	61	99	160
Total	5 099	12 966	18 065

LES PRINCIPALES TENDANCES QUI SE DÉGAGENT SUR LA PÉRIODE 2009-2013

* Sur le secteur des personnes âgées

Les objectifs du plan Solidarité grand âge (PSGA) sont couverts en prévision pour les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire)

La part de l'accompagnement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans la programmation des PRIAC reste stable sur la période 2009-2013 (50 %), par comparaison à la version 2008. La programmation permet ainsi d'atteindre en prévision les objectifs du PSGA, et du plan Alzheimer, pour ce qui concerne l'hébergement temporaire (6 900 places programmées sur cinq ans, dont 5 460 places sur 2009-2012⁽⁸⁾ et, dans une moindre mesure, pour l'accueil de jour (10 600 places programmées sur cinq ans, dont près de 8 500 sur 2009-2012), tandis que la programmation du développement des capacités de SSIAD reste en deçà des objectifs nationaux (30 200 places programmées sur cinq ans, dont 24 000 sur 2009-2012).

La progression de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

Près de 23 % des places programmées dans les PRIAC sur la période 2009-2013 sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer (versus 16 % en version 2008). Ces places sont majoritairement centrées sur les structures de répit : accueil de jour et hébergement temporaire (AJ-HT).

Il convient en outre de rappeler 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.

Une expression de besoins encore soutenue pour les places nouvelles en EHPAD

Avec 46 000 places nouvelles en EHPAD programmées sur cinq ans, dont plus de 36 900 places sur 2009-2012 (hors places issues de la partition des USLD), la programmation des PRIAC se situe très au-delà des objectifs du plan de Solidarité grand âge (cf. p. 22). Elle serait ainsi couverte à 60 % par les volumes de financement du PSGA dans sa configuration actuelle.

(7) Résultats provisoires sur 18 régions au 10 juin 2009.

(8) L'échéance du plan Solidarité grand âge est en 2012.

■ Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC 2009-2012 – personnes âgées



Un impact potentiel sur la réduction des disparités interdépartementales de l'offre pour les personnes âgées

L'analyse de l'impact de la programmation prévisionnelle 2009-2013 pour le financement des places nouvelles sur les moyens d'assurance maladie consacrés à l'offre globale pour les personnes âgées, tenant compte de la progression des plus de 75 ans (projection à 2013), fait apparaître une réduction potentielle de l'écart type⁽⁹⁾ entre les départements de -6,3 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008⁽¹⁰⁾. Ce résultat est à rapprocher de la part que représente le volume des mesures nouvelles programmées par les PRIAC (10 %) sur le montant total des moyens de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées.

Une programmation en EHPAD sous contrainte des projets en attente de financement

L'analyse croisée de la programmation de places nouvelles sur 2009-2013 et des projets en attente de financement fait apparaître une corrélation entre les places d'EHPAD programmées et le nombre de places en attente de financement⁽¹¹⁾ dans une majorité de départements, alors que le volume de projets n'est pas nécessairement en cohérence avec la situation de l'équipement existant.

A contrario, la programmation du développement de l'offre de SSIAD n'est pas liée aux projets en attente.

★ Sur le secteur des personnes handicapées

Le rééquilibrage de la programmation en faveur des adultes se confirme

Le rééquilibrage des programmations en faveur du développement de l'offre d'équipement pour les adultes, qui avait été constaté en version 2008, se confirme sur la période 2009-2013, avec une part des volumes de financement prévisionnel qui s'établit en moyenne à 62 %, se rapprochant ainsi des objectifs du plan pluriannuel de création de places (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.

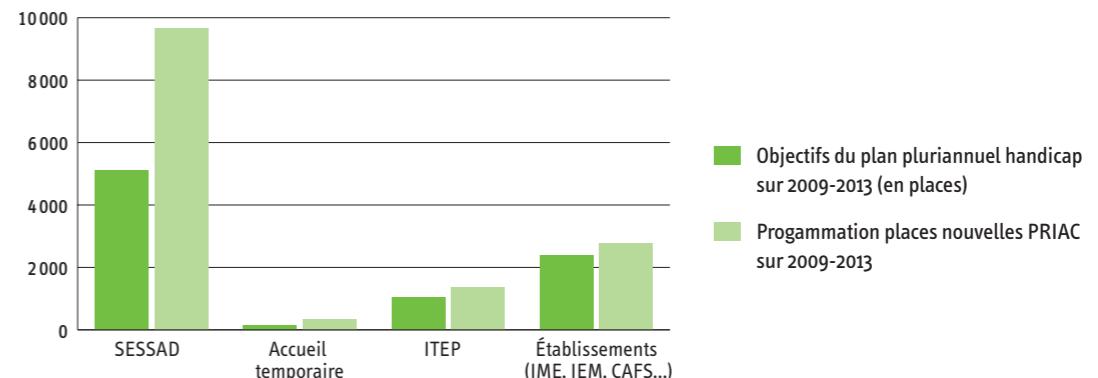
Pour les enfants et adolescents, la programmation du développement de l'offre de SESSAD se maintient à un niveau élevé

Le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire se poursuit en programmation 2009-2013 ; il représente, comme en version 2008, 64 % des places programmées sur les cinq années pour les moins de 20 ans. Aux places de SESSAD, il convient d'ajouter également le développement de l'offre de CAMSP et CMPP, qui représente près de 10 % du montant total programmé sur la période.

Avec 10 870 places nouvelles de SESSAD prévues sur cinq ans (dont moins de 8 % par transformation des capacités d'établissements), la programmation est très supérieure aux hypothèses de construction des objectifs nationaux. Cette progression, qui s'inscrit dans l'accompagnement de la scolarisation des enfants, implique une coordination avec la programmation de l'Éducation nationale en pluriannuel. En outre, le mouvement de transformation de l'équipement existant sur le secteur de l'enfance reste insuffisant.

La programmation permet de couvrir en prévision les objectifs du plan pluriannuel de Création de places pour les enfants et adolescents sur la période 2009-2013 (cf. graphique ci-dessous). Mais la programmation des créations de places de SESSAD (hors transformations) ne serait assurée qu'à 51 % par les financements de mesures nouvelles prévus sur l'OGD par le plan pluriannuel.

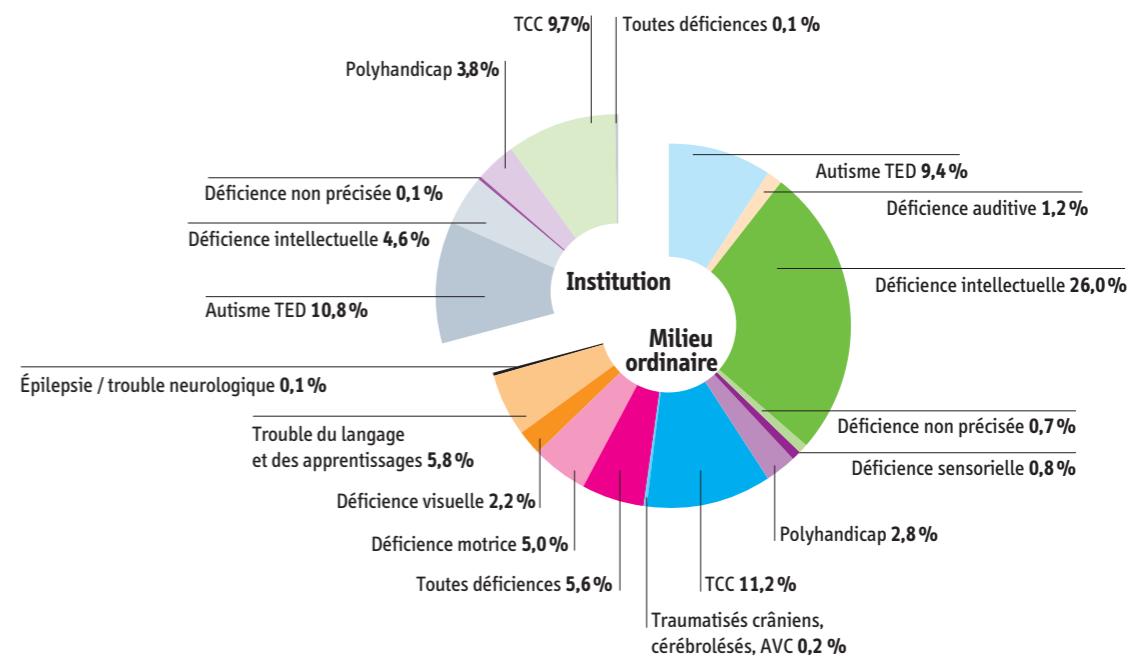
■ Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC actualisée en 2009 – Enfants



La répartition des places nouvelles programmées selon les publics (cf. graphique ci-dessus) diffère peu de celle des PRIAC version 2008 : le développement de l'offre pour les déficiences intellectuelles représente près du tiers de la programmation (31 % du total des places programmées, dont 26 % en SESSAD) ; les autres handicaps principalement ciblés sont les troubles du caractère et du comportement (21 %), l'autisme (20 %) et, dans une moindre mesure, le polyhandicap (7 %) et les déficiences motrices (5 %) et sensorielles (4 %).

La progression de la programmation en direction des troubles du langage et des apprentissages peut être soulignée (6 % versus 4 % en version 2008 des PRIAC).

■ Places programmées 2009-2013 par publics et modes d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Enfants



(9) Définition de l'écart type : l'écart type mesure la dispersion des valeurs par rapport à la valeur moyenne.

(10) Hypothèse de calcul : sans variation des dépenses départementales hors places nouvelles (EHPAD, EHPA, USLD, SSIAD, AJ, HT, AIS).

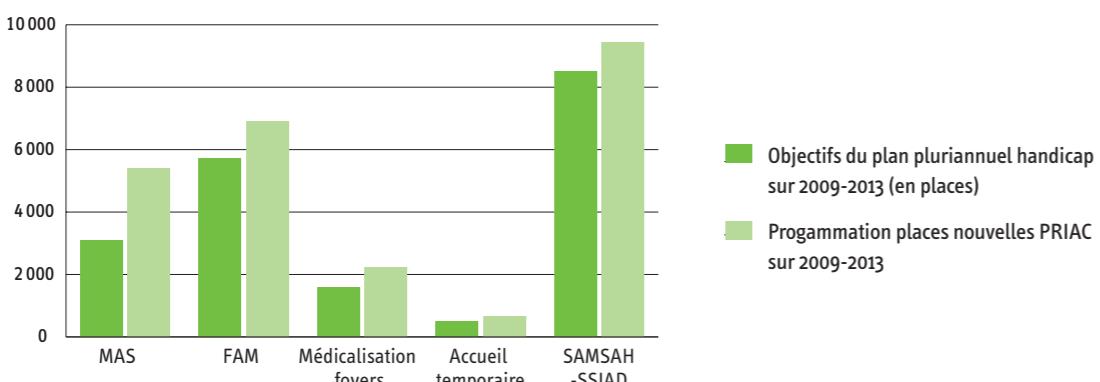
(11) Projets ayant reçu un avis favorable mais non ou partiellement financés par les dotations départementales médico-sociales.

Sur le secteur des adultes, la programmation 2009-2013 couvre en prévision les objectifs nationaux

La programmation des places en établissements représente plus de 70 % de la programmation des PRIAC pour les adultes handicapés sur la période 2009-2013. Les besoins en capacités de MAS et FAM pour les plus lourdement handicapés restent prioritaires (15 700 places programmées sur cinq ans), avec une proportion de 60 % de places nouvelles de FAM qui se rapproche de l'objectif du plan pluriannuel de Création de places pour les personnes handicapées (65 %).

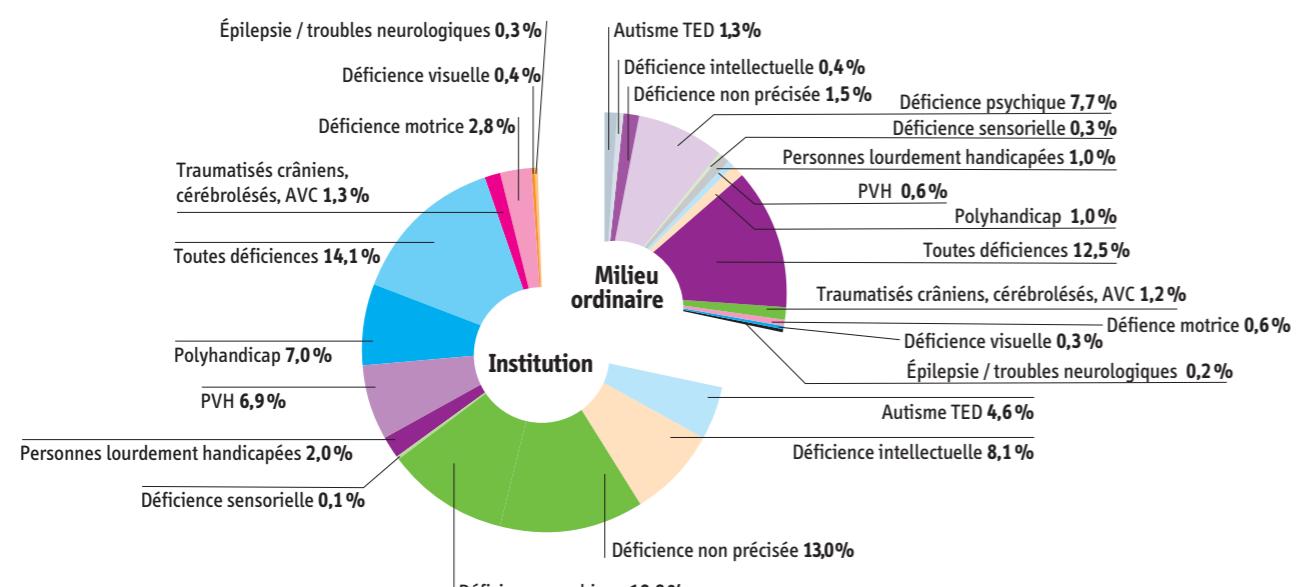
Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC actualisée en 2009 – Adultes

(Places nouvelles hors transformations)



La répartition de la programmation des places nouvelles par publics (*cf. graphique ci-dessous*) fait apparaître la poursuite du développement de l'offre dédiée au handicap psychique (19 % des places programmées dont 8 % en SAMSAH et accueil temporaire), aux personnes handicapées vieillissantes (10 % des places programmées par création de places de FAM ou médicalisation de foyers de vie). Le développement de l'offre spécialisée pour adultes avec autisme et TED est en progression (6 % du total des places programmées, qui représentent 12 % des places de MAS-FAM).

Places programmées 2009-2013 par publics et modes d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Adultes



Le développement de l'offre par adaptation et transformation de l'équipement existant reste insuffisant sur le secteur des enfants

Sur l'ensemble des places nouvelles programmées dans les PRIAC actualisés en 2009 pour la période 2009-2013, 15 % sont issues de transformations ou d'adaptations de l'équipement existant destiné aux enfants (53 % des places nouvelles étant des créations et le reste, soit 32 %, des extensions). Cette proportion reste stable par comparaison à la version 2008 des PRIAC, de même que la typologie des actions :

- requalification de places existantes pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents nécessitant un accompagnement plus lourd (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places pour autistes) ou transformation d'agrément pour l'accueil d'un autre public (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places d'ITEP pour enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement) ;
 - transformation de places d'établissements en places de services pour l'accompagnement en milieu ordinaire (exemple : transformation de places d'IME ou d'IEP en SESSAD) ;
 - délocalisation de sites d'implantation des établissements pour un rapprochement des zones de vie des enfants et des familles.

Sur le secteur des adultes handicapés, la part des places issues de la transformation de l'existant se maintient à hauteur de 9 % du total des places programmées pour 2009-2013 (68 % des places nouvelles étant des créations et 24 % des extensions de structures). Outre les actions de création de FAM par médicalisation de foyers de vie, en particulier en faveur des personnes âgées vieillissantes, certaines opérations de création de places de MAS ou 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, pouvant donner lieu à un financement par transfert de l'enveloppe sanitaire.

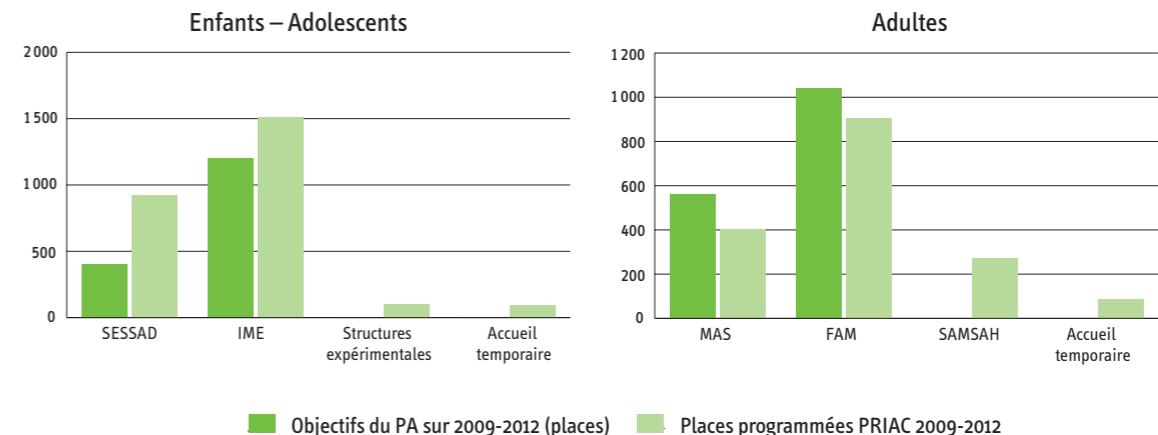
Les problématiques spécifiques

Les objectifs du plan Autisme sont partiellement atteints en prévision.

La programmation des places nouvelles dédiées à l'autisme et aux TED des PRIAC sur la période 2009-2012⁽¹²⁾ est en cohérence avec les objectifs du plan Autisme pour le champ de l'enfance (*cf. graphique ci-dessous*), avec 1 510 places en établissements (dont 400 créées par transformation de l'existant) et 920 places de SESSAD sur quatre ans. La création de structures expérimentales a été programmée dans cinq départements (101 places), pour mettre en œuvre des méthodes éducatives qui devront faire l'objet d'une évaluation.

Sur le secteur des adultes, en revanche, la programmation reste en deçà des objectifs du plan Autisme, avec 1 600 places de MAS-FAM et 270 places de SAMSAH sur quatre ans, auxquelles il faut ajouter près de 90 places d'accueil temporaire. En outre, les coûts à la place prévisionnels des PRIAC pour les places nouvelles de MAS dédiées à l'autisme et aux TED sont supérieurs aux coûts unitaires de référence utilisés comme base de calcul du plan national, ce qui minore la réalisation de l'objectif physique.

■ Taux de couverture des objectifs du plan Autisme par les places nouvelles programmées sur 2009-2012



(12) Échéance du financement des mesures du plan Autisme en 2012 (cinq ans : 2008-2012).

La planification de l'offre pour les handicaps rares ou nécessitant une expertise complexe

La programmation de l'offre dans les régions pour les handicaps rares ou les situations nécessitant une expertise complexe devra être réalisée en conformité avec les orientations définies par le schéma national (examen par le CNOSMS le 25 juin 2009).

*** L'expression de besoins non identifiés par les plans nationaux**

Des situations de rattrapage territorial d'équipement

Les PRIAC font apparaître des besoins ciblés, hors des objectifs nationaux, pour certains territoires en situation de déficit d'équipement : le développement de places de centres de préorientation et de centres de réadaptation professionnelle, la création de capacités nouvelles en établissements pour déficients sensoriels (exemple : Dom - Guadeloupe).

L'expérimentation de modes de réponse nouveaux ou émergents

Un besoin de structuration de la fonction d'appui au niveau régional ou interrégional s'exprime dans des projets de « centres de ressources » pour des publics ou des problématiques spécifiques (handicap psychique, troubles du comportement), dont les missions devront être précisées tant auprès des familles et usagers que des professionnels, y compris dans les MDPH pour l'évaluation des situations individuelles.

Des modalités de coopération entre les acteurs apparaissent également à travers la programmation d'équipes mobiles, associant 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 cérébrolésés ou handicapés psychiques.

L'expérimentation de nouveaux modes de tarification

L'expérimentation de nouveaux modes de tarification émerge 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.

*** L'impact de la programmation 2009-2013 sur la réduction des disparités interdépartementales d'équipement pour les personnes handicapées**

Une réduction potentielle des écarts entre les départements pour l'offre en établissements pour enfants et adolescents

L'analyse de l'impact de la programmation 2009-2013 de places nouvelles pour les enfants et adolescents, tenant compte de l'évolution de la population des moins de 20 ans (projection à 2013), fait apparaître une réduction potentielle de l'écart type entre les départements pour l'ensemble des équipements de -1,8 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008, pour une augmentation prévisionnelle du nombre de places de l'ordre de 10 % sur la période.

Ce résultat global masque néanmoins une situation contrastée : l'écart entre les taux d'équipement départementaux se creuse pour les places de SESSAD (+20 %) tandis qu'il se resserre pour l'offre en établissements (-3,25 %), dans une logique de rattrapage territorial d'équipement.

Un impact contrasté sur les écarts d'équipement pour les adultes handicapés

L'analyse de l'impact de la programmation 2009-2013 de places nouvelles pour les adultes, tenant compte de l'évolution de la population des 20-59 ans (projection à 2013), fait apparaître une légère progression potentielle de l'écart type entre les départements pour l'ensemble des équipements de +2 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008. Ce résultat s'explique principalement par le développement prévisionnel de l'accompagnement en milieu ordinaire (SAMSAH, SSIAD, accueil temporaire), qui progresse dans l'ensemble des départements mais de façon encore hétérogène. À l'inverse, la programmation des places nouvelles de MAS-FAM permet de réduire les écarts interdépartementaux d'ici 2013 (-3,2 %).

Annexe 5 – Bilan d'exécution des plans d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Depuis 2006, 1649 opérations d'investissement au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes ont été soutenues par la CNSA, à hauteur de 1,310 Md€ (dont 330 millions en 2009), ce qui représente un montant total de travaux de 8,3 Md€ (soit un effet de levier supérieur à 6). En 2009, la CNSA a repris à la demande de l'État le financement des opérations inscrites aux CPER 2007-2013 n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation d'engagement par l'État au titre des exercices 2007 et 2008 (soit un montant d'aide total de 165 M€ sur la période, avec une première tranche de financement 2009 de 30 M€). Les aides à l'investissement de la CNSA, qui constituent une mission pérenne de la Caisse depuis 2008, sont financées exclusivement sur ses réserves en l'absence de recette pérenne affectée spécifiquement.

BILAN D'EXÉCUTION DES PLANS D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2006-2009

Données statistiques générales

L'analyse rétrospective des quatre années de plans d'aide à l'investissement donne de manière synthétique les résultats moyens suivants :

	Nombre de dossiers	Volume total de travaux générés (M€)	Taux de financement CNSA	Taux de financement CNSA sur la dépense subventionnable	Taux de financement par conseil général	Taux d'autofinancement	Taux de financement par emprunt
Personnes âgées	1044	1826	14,2 %	18 %	11,3 %	6,7 %	55,5 %
Personnes handicapées	605	6 487	20 %	26 %	3 %	15 %	47,7 %

Ces taux moyens montrent l'importance cruciale du soutien à l'investissement sur un secteur où le besoin d'investissement annuel est estimé à 4,9 Md€.

Sur les quatre années de plan d'aide à l'investissement, le volume d'investissements généré est de 8,3 Md€, soit environ la moitié du besoin estimé.

Le taux d'aide CNSA moyen est de 16 %, soit un effet levier de plus de 6. La CNSA apparaît donc comme le principal financeur public en termes d'aide en capital.

L'analyse des cofinancements permet d'observer, sur les quatre années, le potentiel de participation des conseils généraux aux dépenses d'investissement du secteur médico-social et notamment du champ des personnes âgées bénéficiaires des plans d'aide à l'investissement de la CNSA. En effet, du fait de la compétence légale du président du conseil général sur le budget hébergement des établissements habilités à l'aide sociale, qui intègre les charges afférentes à l'investissement, les aides à l'investissement des départements se portent à titre principal sur le secteur des personnes âgées (EHPAD).

Personnes âgées

	Volume de financement conseil général (M€)	Volume total de travaux générés (M€)	Taux de financement par conseil général
2006	243	1957	12,4 %
2007	121	1013	11,9 %
2008	173	1557	11,1 %
2009	200	1960	10,2 %

On constate donc une diminution progressive de la capacité des collectivités locales à soutenir l'investissement, via des aides en capital, sur le secteur des personnes âgées sur le périmètre des opérations aidées. Par ailleurs, l'analyse des taux d'aide par département confirme l'hétérogénéité des pratiques et/ou des capacités de soutien à l'investissement.

En outre, il faut noter le poids important de l'emprunt dans le financement des opérations d'investissement puisqu'il s'élève en moyenne à 55,5 % sur le champ des personnes âgées et 47,7 % sur celui des personnes handicapées.

Données concernant l'exécution et la consommation des plans

La consommation globale de près de 1,3 Md€ consacrés aux dépenses d'investissement sur le secteur médico-social par la CNSA est de 30 % à fin 2009.

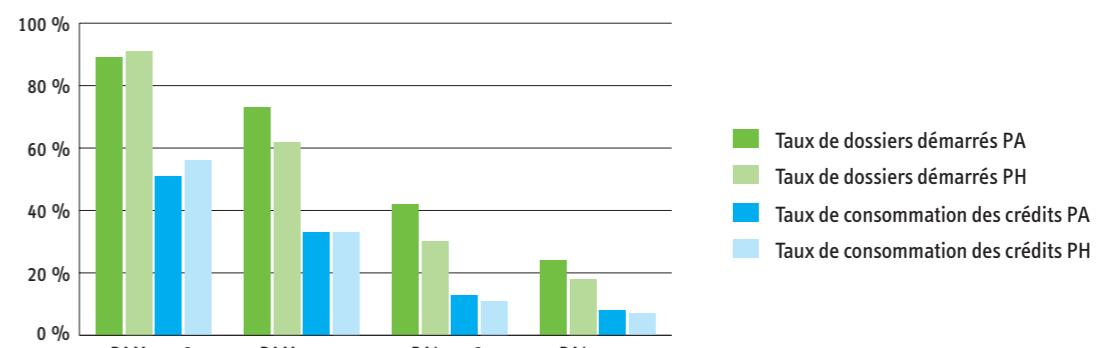
Elle doit être interprétée en tenant compte des délais d'études techniques et de mise en concurrence des opérations d'investissement découlant du niveau d'avancement requis pour l'inscription au PAI, soit au moins le stade du programme validé.

Les taux de consommation des différents plans d'aide par année de financement sont les suivants :

Taux de consommation PAI	
2006	52 %
2007	33 %
2008	12 %
2009	8 %

Le graphique ci-dessous retrace le détail du taux d'exécution (nombre de dossiers ayant démarré) ainsi que le montant consommé (montants mis en paiement) par année de financement et par secteur (personnes âgées et personnes handicapées).

Plan d'aide à l'investissement 2006-2009 des personnes âgées et des personnes handicapées : exécution et consommation des crédits



Source : CNSA DF/ESMS.

Dans le cadre du suivi de l'exécution des plans d'aide à l'investissement, il a été procédé au cours de l'année 2009 à une analyse de l'ensemble des dossiers financés au titre des plans d'aide à la modernisation (PAM, intitulé précédent des PAI) 2006 et 2007 et n'ayant pas encore démarré leurs travaux.

Au total, 93 dossiers ont fait l'objet d'une relance auprès des porteurs de projets et/ou des services déconcentrés de l'État.

Les dossiers concernés se répartissent comme suit, selon le secteur et l'année de financement :

- PAM 2006 : 43 opérations (13 personnes handicapées et 30 personnes âgées);
- PAM 2007 : 50 opérations (28 personnes handicapées et 22 personnes âgées).

Ce bilan a permis de procéder à l'annulation de 45 subventions accordées pour un montant total de 27 M€ (dont 40 % sur demande des porteurs de projets, 52 % sur demande des services déconcentrés et 8 % sur décision de la CNSA).

Il ressort de l'analyse conduite que la raison principale d'abandon ou d'annulation des opérations reste l'insuffisance de définition du projet institutionnel et fonctionnel permettant de définir un programme cadrant l'opération immobilière et engageant les décideurs locaux.

Enfin, dans le cadre des échanges techniques menés avec les services déconcentrés au cours du dernier trimestre 2009, il apparaît que la thématique de l'investissement sur le secteur médico-social souffre d'un manque flagrant d'ingénierie tant dans la conception des projets que dans le processus de suivi.

BILAN DES NOTIFICATIONS DU PLAN D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2009

L'année 2009 a été marquée par un exercice de notification en plusieurs temps :

- la notification des opérations relatives à la tranche 2009 des CPER 2007-2013;
- la notification des opérations relatives au plan de relance;
- la notification des opérations PAI 2009, dans un premier temps, les opérations relatives aux établissements pour personnes handicapées (août et septembre), puis, après contrôle de la prise en compte des priorités au titre du plan Alzheimer, les notifications relatives à la programmation personnes âgées à compter d'octobre.

L'analyse synthétique des notifications 2009 donne les résultats suivants :

	Montant total notifié (M€)		Nombre d'opérations financées		Montant total des travaux générés (M€)		Taux moyen d'aide (calculé sur la dépense subventionnable) %	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Plan de relance	51	19	51	19	406	132	17	23,5
CPER	21	9	23	12	408	110	14	20
PAI	160	70	158	95	1271	376	17	22,5
Total	232	98	232	126	2085	618		

Concernant les opérations contrat de projets État-région (CPER)

30 M€ étaient destinés en 2009 au financement d'opérations confirmées par les régions au titre du CPER 2007-2013.

35 opérations ont donc été financées à ce titre, dont 23 pour le secteur des personnes âgées et 12 sur le champ des personnes handicapées pour un total de 30 M€.

Concernant les opérations relevant du plan de relance de l'économie

Dans le cadre du plan de relance, la CNSA s'est engagée par la mise en œuvre de deux mesures en faveur de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées au sein des établissements : aides à l'investissement et enveloppes anticipées de création de places.

La partie plan de relance de l'économie sur le volet investissement à hauteur de 70 M€ a permis d'accélérer la mise en chantier de 70 opérations, dont 51 concernant des établissements permettant d'offrir des solutions d'accueil aux personnes âgées dépendantes, notamment celles atteintes par la maladie d'Alzheimer, pour un montant de 50 M€ et 19 opérations pour accroître l'offre de services en établissements pour les personnes handicapées à hauteur de 20 M€.

L'aide en capital de la CNSA a permis de déclencher un montant total de travaux pour la construction de ces établissements de 538 M€ pour un taux d'aide CNSA global de 17 % (calculé sur la dépense subventionnable). En plus de leur impact direct sur le financement et sur le maintien de l'emploi dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, ces chantiers permettront l'ouverture de capacités nouvelles, synonyme de recrutements supplémentaires de professionnels dans le secteur médico-social.

Dans un souci d'efficacité de la dépense publique, la date de démarrage des travaux a constitué un critère particulièrement suivi, ce qui a amené à rapporter la subvention initialement prévue pour une opération dont la date de mise en chantier avait connu un retard sensible, pour l'affecter sur une autre opération dont la mise en chantier était imminente.

Ainsi, le bilan au 31 décembre 2009 montre que les 70 opérations ont déjà démarré et que 70 acomptes de 30 % ont été versés par la CNSA directement aux promoteurs des projets permettant d'apporter un financement dans l'économie de 21 M€. L'enjeu pour l'année 2010 réside dans le suivi de l'échéancier des travaux puisque les paiements suivants interviennent à un niveau d'avancement de 50 % des travaux et dans la mise en paiement de cette deuxième tranche de financement.

Concernant les opérations PAI

253 opérations ont été financées dans ce cadre, dont 158 sur le champ des personnes âgées et 95 sur le champ des personnes handicapées pour un total de 226 M€.

Pour rappel, les orientations retenues par le Conseil de la CNSA pour l'analyse des dossiers PAI 2009 étaient les 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 sur 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 résidents ainsi que des conditions d'exercice des professionnels;
- les établissements qui développent des modes d'accompagnement diversifiés;
- la création de places nouvelles à partir d'établissements existants ou ex-nihilo;
- l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, au travers d'unités spécifiques UHR/PASA;
- le soutien aux opérations remarquables au sens où elles présentent des éléments qui sont de nature à changer l'image de l'institution.

Le contrôle de cohérence effectué sur les programmations régionales montre que la prise en compte des priorités a été respectée.

- Prise en compte de la priorité Alzheimer : les opérations prises en compte dans le cadre du PAI 2009 comportent la réalisation de 37 PASA et 97 UHR pour une aide totale de la CNSA de 92 M€, ramenée à 77 M€ en application des plafonds retenus par la mission Alzheimer.
- Diversification des modes d'accueil : la prise en compte de la diversification des modalités d'accueil dans les projets présentés au titre du PAI s'est poursuivie en 2009 puisque 100 % des dossiers, tant personnes âgées que personnes handicapées, présentent une diversité de prise en charge (notamment dans l'accueil de jour).
- Prise en compte des priorités de financement aux établissements accueillant des adultes handicapés : l'analyse de la répartition des dossiers financés sur le champ des personnes handicapées montre que la priorité donnée à celui concernant les adultes handicapés a été très largement respectée puisque 63 % des dossiers financés au titre du PAI 2009 concernent des établissements pour adultes contre 37 % en 2008. La répartition se fait toujours au profit des MAS, qui représentent 32 % des dossiers en 2009 contre 19 % en 2008 et 29 % de FAM contre 16 % en 2008.

Concernant l'enveloppe dédiée au soutien d'opérations remarquables, les critères d'analyse ont été :

- l'adaptation à la spécificité du public accueilli;
- la diversification et la modulation des modes d'accueil;
- l'inscription dans la cité;
- la qualité d'usage environnementale;
- la qualité de la programmation régionale.

À ce titre, quatre dossiers sur le secteur des personnes âgées ont été retenus pour un montant total d'aide de 3,3 M€ et un taux moyen d'aide de 21 %, et deux dossiers sur le secteur des personnes handicapées pour un montant total d'aide de 1,6 M€ pour un taux moyen d'aide de 23 %. Soit un total de six dossiers retenus pour dix-huit présentés à ce titre.

* Annexe 6 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2008

Note de synthèse des rapports des présidents de conseil général

(Résumé de la publication MDPH, an III, la vigilance, rapport d'activité des maisons départementales des personnes handicapées – novembre 2009 – disponible sur le site internet de la Caisse.)

Comme chaque année depuis 2006, maintenant, les rapports transmis par les départements sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées donnent lieu à un document de synthèse. Celui pour 2008 a donné lieu à une édition particulière. On trouvera dans cette annexe une reprise des éléments les plus significatifs.

Ce document est intitulé : *Les MDPH, an III, la vigilance*. Le titre ne doit pas nécessairement marquer une inquiétude, mais il mérite d'être expliqué. Si on a, en effet, assisté à une mise en place rapide des nouveaux services dès le 1^{er} janvier 2006 – souvent dans des conditions difficiles, avec la recomposition des équipes professionnelles, une nouvelle réglementation, un retard important de dossiers à traiter et des conditions matérielles loin d'être optimales –, il apparaît au bout de trois ans que, malgré les efforts locaux – et en tout premier lieu ceux fournis par les conseils généraux –, le rythme de croisière n'est pas encore atteint, ou du moins pas partout.

Parmi les avancées, on peut constater que le dispositif de mesure de la satisfaction des usagers semble aujourd'hui ancré dans les pratiques de la majorité des départements.

Cette année 2009 constitue une deuxième étape dans les relations entre la CNSA, les conseils généraux et leur MDPH, avec la mise en œuvre des nouvelles conventions d'appui à la qualité de service. Au printemps, les représentants de tous les départements ont été reçus à la CNSA, pour discuter de ces conventions étendues à l'ensemble des questions communes, non seulement sur le fonctionnement des maisons départementales, mais aussi sur les modalités d'intervention possibles au titre des sections IV (appui à la modernisation et à la formation de l'aide à domicile) et V (études et recherches) de son budget ainsi que sur la programmation des établissements et services médico-sociaux, cela en prévision de la création des agences régionales de santé.

Ressortant des analyses actuelles, et parmi les priorités que la CNSA devra se fixer pour ses relations avec les MDPH et, de façon plus large, avec les conseils généraux, on peut citer le fonctionnement des CDAPH et des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, avec le développement souhaitable des plans personnalisés de compensation, l'approfondissement des coopérations entre les maisons départementales et les services de l'État concourant à la politique du handicap dans le département, ainsi qu'un domaine encore trop peu traité : le suivi des situations et des personnes handicapées dans la durée, afin de ne pas considérer le dossier clos une fois la décision prise.

De façon plus large, et sans réengager un débat qui fut très présent lors de l'élaboration de la loi de 2005, il sera sans doute nécessaire que les acteurs de terrain, tout comme la CNSA avec ses partenaires des administrations centrales, puissent réfléchir à nouveau à ce qui relève de la compensation et ce qui doit ressortir de l'accessibilité et, également, à ce qui doit être pris en charge au titre des soins par l'assurance maladie ou doit être mis en œuvre par les services médico-sociaux ou solvabilisé par la PCH.

Alors que les MDPH sont maintenant bien établies dans le paysage administratif français, certains départements se montrent encore inquiets du fonctionnement actuel de leur MDPH.

Mais ce n'est pas un tableau sombre qui ressort des différentes observations, tant l'investissement dans ce champ, comme l'énergie déployée par les professionnels, sont indéniables aujourd'hui, qu'il s'agisse des directeurs des maisons départementales et de leurs collaborateurs, des élus et des services des conseils généraux, comme des associations qui siègent dans les deux instances, de la COMEX du GIP et de la CDAPH.

On note partout que la pression des demandes adressées à la MDPH continue à se faire sentir. L'augmentation du nombre de demandes semble généralisée, de 8 à 10 % entre 2007 et 2008.

Tous les rapports indiquent évidemment que l'arrivée de la PCH pour les enfants le 1^{er} avril 2008 a demandé un important investissement des équipes, aussi lourd que l'inquiétude qu'elles avaient eue devant le peu de temps qui leur était laissé pour mettre en place cette évolution juridique (pourtant inscrite explicitement dans la loi). Il en est de même en fin d'année 2008 pour la réforme de l'allocation pour adultes handicapés prévue par la loi de finances 2009.

Bien que la convention bilatérale entre la CNSA et chaque département prévoie la transmission à la CNSA d'un rapport annuel au 30 juin, on ne pourra que regretter que seuls quatre-vingt-deux départements eussent rempli cette obligation à la fin octobre 2009.

Beaucoup de rapports départementaux, outre l'exploitation et le commentaire des données chiffrées, formulent des observations générales, émettent des critiques et présentent des propositions d'amélioration du dispositif. La majorité souligne la nécessaire durée pour asseoir le nouveau dispositif qui, « constituant un défi de société, ne pourra être relevé que dans le long terme ». Par ailleurs, les expressions « changement de culture », « révolution culturelle », « nouveau regard », « égalité des droits », « écoute de la personne », reviennent aujourd'hui comme des leitmotives.

La question reste posée des capacités de la MDPH à constituer un creuset des politiques publiques du handicap sur un département, alors que les forces sont encore centrifuges. Au titre de leur visibilité, peut-être même de leur reconnaissance locale, des MDPH ont organisé avec les autres services du département des forums, assises ou autres journées départementales du handicap⁽¹⁾.

UN FONCTIONNEMENT QUI SE CONSOLIDE

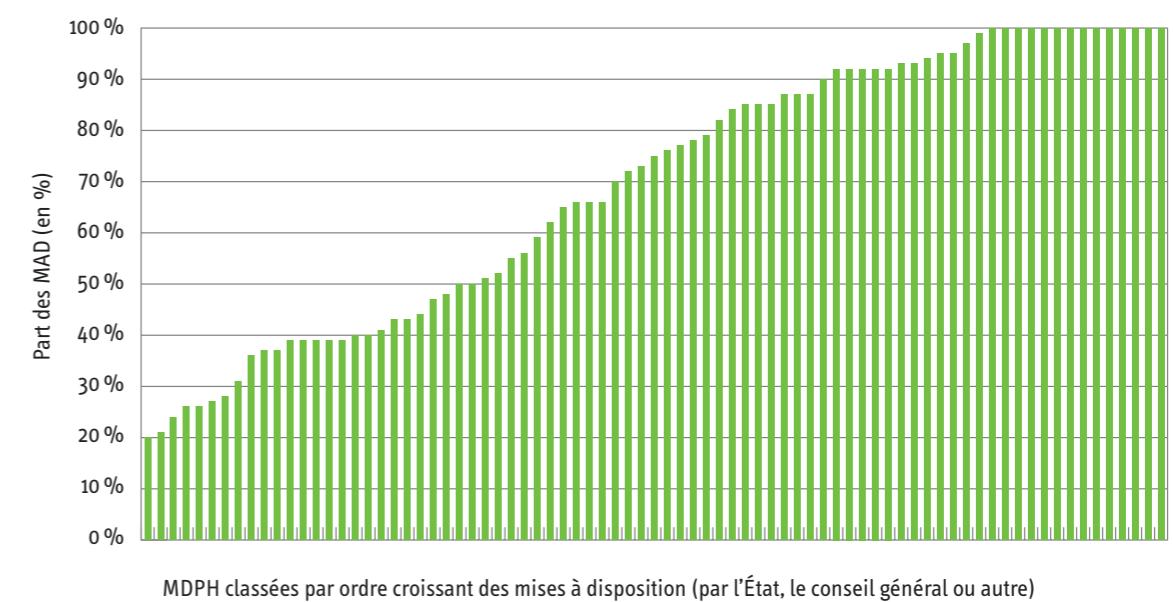
* Les personnels des MDPH

Si le problème des agents de l'État mis à disposition du GIP n'était toujours pas réglé fin 2008, les recrutements de professionnels supplémentaires se sont poursuivis à un rythme soutenu. Rares sont les rapports qui ne déplorent pas ces départs des personnels des services déconcentrés, voire ne dénoncent ce manque de réponse de l'État à ses engagements conventionnels.

Certains se plaignent également du caractère incompréhensible des divers versements financiers de l'État, qu'il s'agisse des remboursements des crédits de fonctionnement ressortant des conventions constitutives ou des subventions ponctuelles, versées au titre du remplacement des emplois non mis à disposition.

Mises à disposition dans le total de l'effectif de la MDPH

Etat des lieux à fin 2008 – Échantillon : 77 MDPH



MDPH classées par ordre croissant des mises à disposition (par l'État, le conseil général ou autre)

(1) On peut citer, entre autres, le Cantal qui a organisé avec ses partenaires de l'État et de l'insertion sociale et professionnelle, et avec le monde économique, un « forum pour l'emploi des personnes handicapées », qui s'est conclu par la signature d'un pacte territorial pour l'emploi avec les entreprises cantaliennes. Ou le Finistère, qui a couplé l'inauguration de sa MDPH avec une journée participative sur la politique départementale en direction des personnes handicapées.

Le ratio entre les personnels venant des anciens services de l'État et ceux recrutés par les départements pour le nouveau dispositif est largement en faveur de ces derniers. Les fonctionnaires de l'État ne représentent, aujourd'hui, qu'un peu plus du quart des effectifs des MDPH (28 %).

Si certains GIP sont directement employeurs⁽²⁾, on confirme ici que la grande majorité des nouveaux emplois ont été créés par les conseils généraux, avec le statut de la fonction publique territoriale, que ces emplois aient pu être financés sur le budget départemental ou grâce aux concours versés par la CNSA (enveloppe nationale de 45 M€ en 2008, portée à 60 M€ en 2009).

Aujourd'hui, ce sont quelque 4 600 emplois permanents qui existent dans les MDPH, soit près de trois fois plus que dans les deux anciennes commissions. La plupart des départements de moins de 300 000 habitants disposent, par exemple, d'au moins une trentaine d'emplois⁽³⁾, et la majorité des départements « millionnaires » de plus de quatre-vingts.

De façon très globale, on peut considérer que sur ce chiffre national, près de 1300 agents sont encore mis à disposition par l'État, que 1300 autres emplois ont pu être créés avec la subvention de la CNSA et que les autres ont été directement pris en charge par les départements, soit plus de 40 % des effectifs.

Dans ces tableaux de personnel, un tiers constitue l'équipe pluridisciplinaire et, si on prend en compte les équipes externes, ce sont 40 % des professionnels des MDPH qui assurent ainsi une mission d'évaluation.

Un grand nombre de départements reconnaissent combien ces équipes, qui sont encore loin de pouvoir toujours se déplacer au domicile de la personne handicapée, sont essentielles ; beaucoup indiquent leur volonté de poursuivre les recrutements d'experts, mais disent aussi que les recrutements sont difficiles pour certaines professions (médecins, évidemment, et ergothérapeutes, profession dont les MDPH reconnaissent complètement l'intérêt...). Les actions de formation des personnels, quelquefois des membres de la CDAPH, sont très souvent citées, non seulement comme une nécessaire mise à niveau sur l'application des textes, mais aussi comme indispensable levier du changement.

Outre les projets de service étudiés et mis en œuvre dans beaucoup de MDPH, l'informatisation est l'occasion d'organiser des formations spécifiques, voire constitue l'opportunité d'une meilleure organisation et d'une évolution des procédures de travail comme du management interne⁽⁴⁾.

* L'accueil et les locaux

Sur cette fonction, toujours considérée comme première pour le succès de la réforme, on note les progrès réalisés depuis trois ans pour réunir les personnels dans des locaux communs.

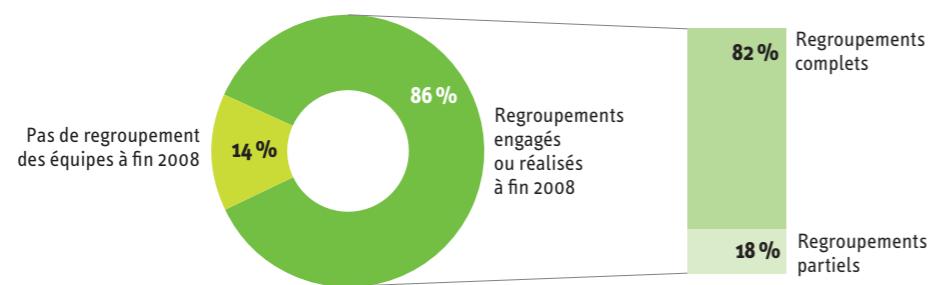
La très grande majorité des MDPH est aujourd'hui installée sur un même site, après que de nouveaux locaux ont été aménagés, permettant le regroupement des différentes équipes. Pour 82 % des maisons départementales, ce regroupement est complet.

Elles ont par ailleurs engagé une démarche d'accessibilité, tant des locaux que pour la réception des différents publics. À ce titre, beaucoup de départements citent l'accès facilité pour les personnes sourdes et malentendantes.

Seuls 14 % des départements n'avaient pas encore réalisé cette opération fin 2008. On mesure ainsi la détermination des conseils généraux dans ces opérations immobilières, alors que, lors de l'examen de la loi de 2005, beaucoup se demandaient si la MDPH n'était pas d'abord un concept de travail en commun, sans obligation d'unité de lieu...

Regroupements des équipes à fin 2008

État des lieux – Échantillon : 86 MDPH



(2) Ces chiffres sont confirmés par ceux des dépenses de personnel ressortant de l'étude des budgets des MDPH, qui fait apparaître que les dépenses engagées directement par les GIP s'élèvent à 79,7 M€ pour 1300 emplois (ces emplois directs, souvent de haut niveau, coûtent 50 % de plus que ceux mis à disposition par l'État et ceux rémunérés par les conseils généraux sur le statut de la fonction publique territoriale).

(3) À titre d'exemple, la MDPH de la Martinique (département de 400 000 habitants) dispose de trente-neuf emplois permanents.

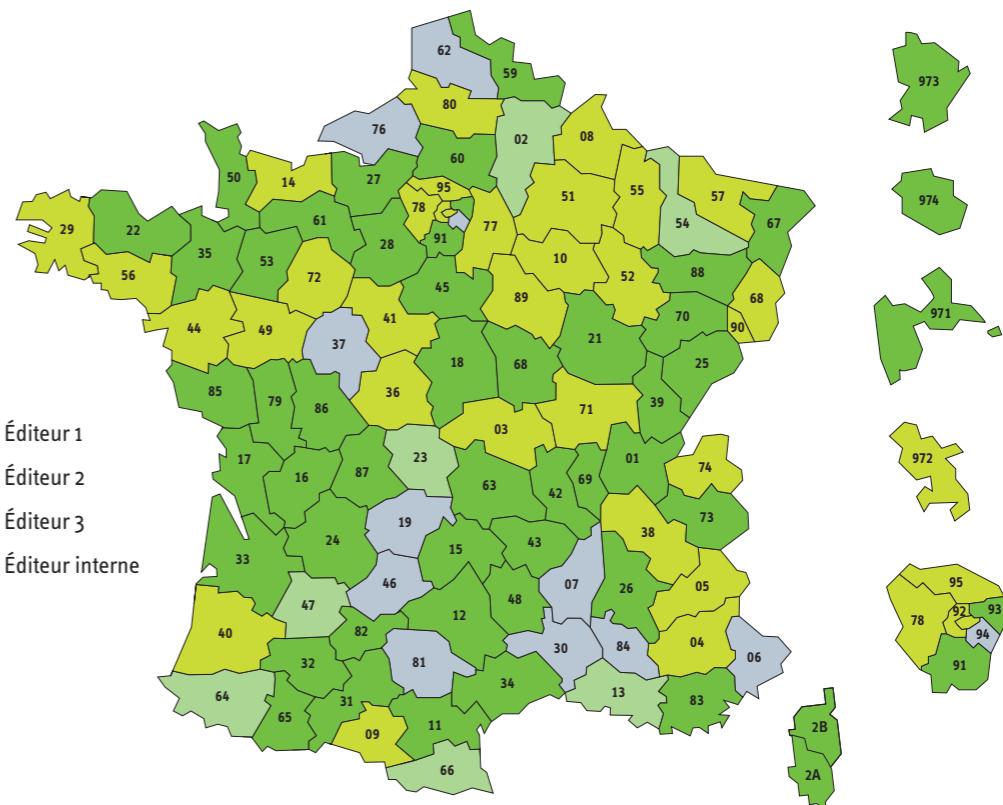
(4) La Gironde a, par exemple, identifié six projets-métiers : le cycle du dossier du demandeur, l'évaluation, le pôle enfance, la consolidation du pôle adultes, la maintenance et les statistiques.

S'agissant de la territorialisation de la MDPH, la création de lieux d'accueil sur différents points du département n'apparaît pas encore comme majoritaire (47 %), les maisons départementales ayant d'abord voulu garantir l'unité de leurs équipes professionnelles avant de les déployer éventuellement sur leur territoire⁽⁵⁾. Quand des points d'accueil sont installés, ils sont d'abord greffés sur les unités territoriales d'action sociale du conseil général (dans 70 % des départements), les CCAS, les Clic ou les antennes des CAF n'étant impliqués globalement que dans un quart des départements. On notera toutefois que les CCAS, pourtant nommément désignés dans la loi et jusqu'ici quasiment absents des organisations départementales, sont de plus en plus cités dans les collaborations locales (dans 29 %), souvent avec des protocoles d'accueil contractuels.

On note une relative polyvalence des différents professionnels, pour beaucoup assez heureuse, car elle permet à des agents administratifs de voir leurs « clients » et aux personnels d'accueil d'apprécier le cheminement d'un dossier. La pluricompétence professionnelle semble aujourd'hui être d'autant plus facilitée que les recrutements sont effectués à un niveau de compétence plus élevé.

* Les systèmes d'information

L'année 2009 a vu l'ensemble des MDPH basculer depuis les anciens logiciels ITAC et OPALES vers leurs nouveaux systèmes d'information. Les départements ayant affirmé leur volonté de choisir librement leur logiciel, les maisons départementales ont dû acquérir ou développer en interne un nouveau logiciel répondant à leurs nouvelles missions.



Le périmètre couvert par ce nouveau système d'information évolue progressivement : il a d'abord permis la gestion administrative des demandes, puis l'intégration des informations sur le plan personnalisé de compensation, avec l'informatisation de l'évaluation.

Cette évolution ne s'est pas faite sans difficultés ni délais : délais nécessaires au cadrage réglementaire des systèmes d'information, à la traduction en concepts informatiques des notions nouvelles apportées par la loi du 11 février 2005, à la mise en place de l'offre par les éditeurs, et à l'appropriation des nouveaux outils.

(5) Parmi les départements les plus engagés, et sans faire une liste exhaustive qui serait en pleine évolution, on peut citer : l'Isère, avec ses 13 services « autonomie », ouverts à toute personne quel que soit son âge ou son handicap, ainsi que le Rhône, avec ses 52 « maisons du Rhône » implantées sur chaque canton du département.

Enfin, l'accroissement du nombre de données à saisir a entraîné un allongement temporaire des délais dans le traitement des demandes, très sensible dans cette phase d'appropriation du nouveau logiciel par les équipes d'instruction des maisons départementales.

La CNSA a accompagné ces évolutions dans les MDPH de façon rapprochée. Ainsi, sur le module d'évaluation, elle a contribué à la rédaction d'un arrêté, publié en mai 2008, explicitant les nomenclatures à utiliser lors de l'évaluation des besoins d'une personne en situation de handicap. D'autre part, la CNSA anime un réseau de coordinateurs d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation qui, par ses échanges sur l'organisation du processus d'évaluation au sein des MDPH, contribue à faire avancer la possibilité d'informatisation de cette fonction.

Dans cette même perspective, la CNSA a lancé plusieurs groupes sur les échanges entre les MDPH et leurs partenaires locaux (CAF, MSA, inspecteurs d'académie...) afin de cartographier les échanges d'informations dans le but de simplifier et de dématérialiser ces flux pour faciliter les missions des MDPH, notamment celle de suivi des décisions, stratégique pour la réussite de la réforme.

En parallèle de ces travaux locaux d'informatisation des MDPH, la CNSA mène, depuis mai 2006, le projet sur le partage d'informations en application de l'article 88 de la loi du 11 février 2005. Ce projet vise à mettre en place des outils de pilotage cohérents et harmonisés entre toutes les MDPH et la CNSA, reposant notamment sur un système informatique produisant des statistiques et des indicateurs partagés.

* Certaines missions sont mieux reconnues

Les rapports et les données statistiques de 2008 font ressortir les évolutions suivantes sur les différentes fonctions de la MDPH, telles qu'elles ont été fixées par la loi du 11 février 2005.

Le projet de vie

Si on peut se féliciter que le principe du projet de vie soit aujourd'hui accepté, et son concept compris par tous, il apparaît que sa formalisation est loin d'être généralisée.

Toutefois, dans un tiers des départements, 50 % des personnes ont exprimé un projet de vie...

L'évaluation

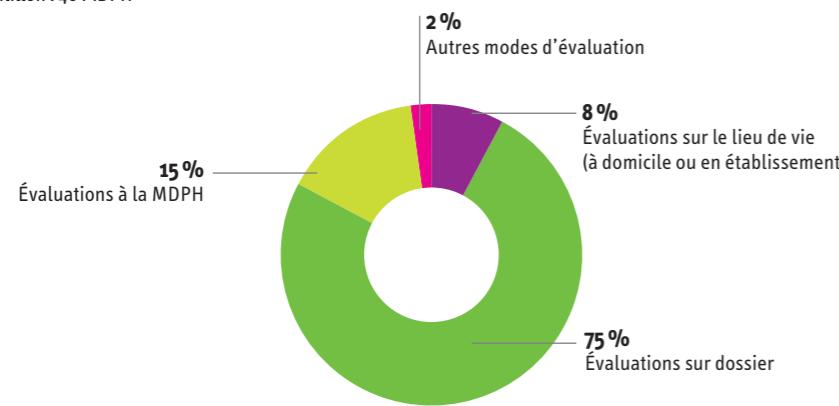
L'évaluation constitue, dans l'économie générale de la loi, un domaine nouveau quant à la doctrine, avec la création d'une équipe pluridisciplinaire, chargée d'évaluer les besoins de la personne handicapée dans son environnement.

On peut aujourd'hui affirmer que les progrès sont bien réels, même si les capacités d'intervention de ces équipes doivent se développer, voire leurs pratiques évoluer. Pour la moitié des départements, l'évaluation pluridisciplinaire est réalisée dans presque toutes les situations (90 %), et les deux tiers dans 75 % des cas. On note toutefois que ces évaluations sont effectuées sur dossier pour les trois quarts des demandes (même chiffre qu'en 2007).

Les missions d'évaluation sur le lieu de vie de la personne handicapée (domicile ou établissement) ne sont toutefois effectives que dans 8 % des demandes.

Répartition des modes d'évaluation en 2008

Échantillon : 40 MDPH



La prise en compte du caractère essentiel de cette fonction apparaît dans la majorité des rapports, qui soulignent à la fois le nombre de professionnels impliqués et la grande quantité de réunions qui se sont tenues tout au long de l'année. L'objectif poursuivi par les MDPH est bien de développer la performance des évaluations effectuées, tant en qualité qu'en quantité.

La majorité des rapports témoigne de l'accroissement des membres des équipes pluridisciplinaires, tant en nombre qu'en compétences, indispensable pour faire face à la charge de travail représentée par le volume croissant des demandes et la nécessité d'une approche la plus individualisée possible des situations.

La construction de partenariats pour s'adjointre des compétences externes a considérablement augmenté au cours de l'année ; beaucoup de maisons soulignent d'ailleurs l'importance reconnue de ces regards croisés et complémentaires, qui contribuent à la richesse de l'évaluation pour obtenir une compréhension globale des situations étudiées. Ces coopérations ressortent très souvent de conventions, plus d'une dizaine par département, avec des organismes ou des institutions extérieures.

Afin de répondre de la manière la plus adaptée possible aux besoins des personnes qui adressent leur demande à la MDPH, beaucoup ont cherché à organiser la réponse au flux des demandes en mettant en place une organisation à plusieurs niveaux, tout en évitant d'employer l'expression « tri des dossiers »⁽⁶⁾.

Des équipes pluridisciplinaires de deuxième niveau étudient les demandes plus complexes, en s'appuyant sur les avis d'acteurs extérieurs les plus appropriés.

Ces équipes restent souvent encore spécialisées dans les adultes ou les enfants, dans la mesure où les membres nécessaires varient en fonction des publics.

Certains départements organisent des réunions spécifiques d'équipe pluridisciplinaire, pour traiter les recours gracieux, en réunissant au moins les médecins concernés et le coordonnateur.

Donner de la cohérence aux propositions des équipes pluridisciplinaires, quand elles sont réparties sur le territoire départemental, doit pouvoir garantir l'équité de traitement. Ce travail est réalisé au niveau local, comme au plan national, en diffusant la pratique d'outils communs, comme le GEVA, en analysant les propositions que font les équipes et en organisant des échanges de pratiques sur les dossiers de prestations de compensation.

Les échanges qui ont lieu autour de l'utilisation du GEVA, avec l'intervention des experts de la CNSA, sont cités comme l'occasion de s'interroger mutuellement sur l'appréciation des difficultés de la personne, ses altérations de fonctions et ses limitations d'activité.

La CDAPH

Des difficultés de positionnement des membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées par rapport aux équipes d'évaluation ont parfois créé des tensions justifiant la demande d'intervention de la CNSA (un médecin et un juriste).

a) Le plan personnalisé de compensation

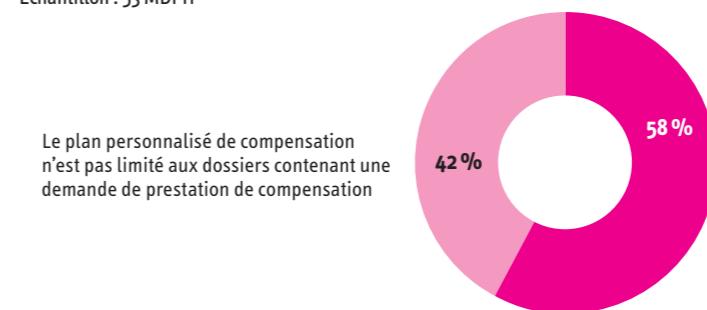
Parmi les progrès issus de la loi, le plan personnalisé de compensation (PPC), fondé sur le projet de vie et sur les données de l'évaluation des besoins, constitue un document quasi contractuel, allant dans le sens de la dignité reconnue de la personne. Même si ce thème n'est que rapidement évoqué dans les rapports annuels, il est présent partout, comme étant constitutif du nouveau service à rendre à la personne handicapée⁽⁷⁾.

Certaines maisons départementales essaient de généraliser cette « procédure contradictoire ».

C'est bien évidemment une pratique positive pour les personnes, qui ont ainsi l'opportunité de faire connaître leur position sur les propositions de l'équipe pluridisciplinaire.

Part des plans personnalisés de compensation dans le total des demandes examinées en 2008

Échantillon : 53 MDPH



Le plan personnalisé de compensation n'est pas limité aux dossiers contenant une demande de prestation de compensation

(6) Des départements mentionnent l'organisation des équipes dans un souci de polyvalence et de proximité ; par exemple, l'Indre et Loire, qui souhaite organiser le travail des médecins par secteur géographique et non plus par type de prestations, et qui met en place des outils communs de formalisation des écrits, avec des fiches de synthèse communes à tous les professionnels ; en notant au passage que les échanges de pratiques, intéressantes entre MDPH, sont également utiles à l'intérieur d'une même maison départementale...

(7) Le département des Hautes Alpes mentionne le PPC sous la rubrique « progrès de simplification », avec le lieu institutionnel unique et le dossier unique.

La très grande majorité des maisons départementales propose un PPC à moins d'une personne sur trois. Environ 10 % des personnes handicapées qui déposent une demande bénéficient d'un plan personnalisé.

b) Les décisions de la CDAPH

Malgré la lourdeur du dispositif institutionnel, ces décisions sont prises pour les deux tiers en commission plénière, sans que l'on puisse dire combien sont réellement prises avec l'examen explicite du dossier ou globalement prises sur listes (la grande majorité).

Le taux moyen de demandes déposées varie de 21 à 64 pour 1000 habitants selon les départements (sans que les raisons de ces écarts puissent encore être expliquées) ; il est en moyenne de 19 demandes chez les enfants et de 54 demandes pour 1000 personnes de 20 à 59 ans.

La part des demandes pour les situations d'enfants tend à augmenter en valeur relative, variant de 10 à 40 % du total des demandes départementales.

Les délais de traitement des demandes sont de 4,2 mois en moyenne pour les dossiers d'adultes et de 2,3 mois pour ceux des enfants. Mais 15 % des MDPH ont encore des délais moyens de 6 mois.

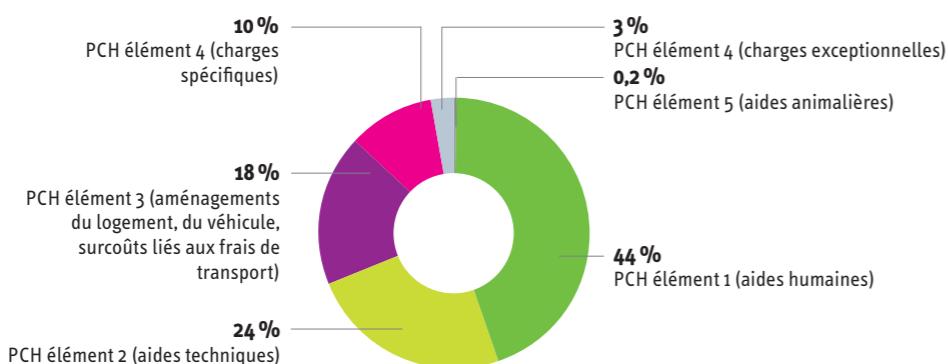
La répartition par type de demandes reste stable ; on remarquera que la prestation de compensation, qui occupe à titre principal l'équipe pluridisciplinaire, ne représente que 6 % des demandes auprès des MDPH. Les situations relatives à l'insertion professionnelle concernent près de la moitié des demandes des personnes adultes (47 %) si, par anticipation de la réforme du 1^{er} janvier 2009, on y inclut les demandes d'AAH.

S'agissant des situations d'enfants, plus des deux tiers des demandes concernent des orientations (37 %) et des demandes d'AEEH (31 %). On notera que les dossiers relatifs aux auxiliaires de vie scolaires représentent à eux seuls plus de 10 % des demandes pour les enfants à la MDPH.

S'agissant des éléments de la prestation de compensation, les données de 2008 font apparaître une évolution de la part des aides techniques, qui représentent 24 % (au lieu de 22 % en 2007), alors que les aides humaines représentent 44 % seulement (au lieu de 47 % en 2007).

Répartition 2008 des éléments de la PCH⁽⁸⁾ accordés en volume

Échantillon : 62 MDPH



Pour améliorer l'efficience de la commission, il conviendra, au-delà de l'échange de bonnes pratiques sur son fonctionnement, de se poser la question du réexamen des textes réglementaires de la CDAPH : rendre les commissions spécialisées décisionnaires, tout en limitant le nombre des membres de la CDAPH, une décision collective pouvant être garantie sans la présence de vingt-trois personnes en commission.

Le contentieux, la conciliation, les recours et la médiation

La conciliation et la médiation sont des services nouveaux proposés aux personnes handicapées qui se mettent encore en place dans les MDPH. Un conciliateur existe aujourd'hui dans 84 % des MDPH (sans que l'on puisse dire son niveau d'activité). Un correspondant du Médiateur de la République est, par ailleurs, proposé dans près de deux départements sur trois.

Le nombre de recours contentieux reste encore assez faible, en moyenne 2 % des décisions prises, un quart des MDPH ayant un taux inférieur à 1 %. Parmi ces dossiers de contentieux, les deux tiers sont des recours gracieux. On peut d'abord indiquer que beaucoup de départements ont eu le souci d'organiser ce que l'on peut appeler une prévention des recours ; sans doute y ont-ils été sensibles du fait d'avoir eu à mettre en place la conciliation prévue par la loi (art. L. 146-10 CASF) : « *l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation* ».

Le suivi des situations personnelles

Cette mission n'est pas encore un élément donnant lieu à des données statistiques ; mais on peut se féliciter que les rapports annuels évoquent davantage cette mission⁽⁹⁾ considérée, elle aussi, comme essentielle dans les MDPH et constitutive demain du succès de la réforme du dispositif en direction des personnes handicapées et de leur famille. Cette question du suivi de la personne handicapée dans la durée avait peu été évoquée lors des débats sur la loi, et traitée *a minima* dans le décret sur les attributions de la MDPH alors même qu'elle constitue, au-delà du traitement rigoureux de la demande, un enjeu déterminant pour l'avenir.

Car si l'ancien système a failli, c'est autant à cause du manque de suivi des situations des personnes que de l'état du fonctionnement proprement dit des COTOREP ou de la qualité de leurs décisions. Au mieux, les situations étaient revues à l'échéance du dossier, au pire, lorsque un événement difficile, voire catastrophique, survenait et que la nouvelle situation devait alors être traitée dans l'urgence, souvent avec des réponses qui ne pouvaient être pertinentes.

LA MDPH A UNE FONCTION D'OBSERVATION DES BESOINS

Dans les fonctions qui semblent émerger de plus en plus, on notera celle de l'observation. Même si elle n'implique pas nécessairement la création d'un observatoire spécifique, la contribution de la MDPH est attendue pour l'étude permanente des besoins collectifs⁽¹⁰⁾. On évoque aussi la participation de la maison départementale à l'élaboration des schémas médico-sociaux⁽¹¹⁾.

Parmi les thèmes traités sur le fonctionnement des MDPH, on peut également citer la dématérialisation des dossiers et le traitement des archives, chantiers entrepris par quelques départements⁽¹²⁾ ; certains s'y étant engagés ont abandonné, à cause du coût et de la charge de travail en interne.

* Deux domaines méritent d'être développés

La scolarisation

Une activité particulièrement saisonnière mais mieux maîtrisée

Les décisions relatives à la scolarisation des enfants handicapés sont soumises à des contraintes particulières de calendrier, puisque la MDPH « *doit avoir traité pour la date de la rentrée scolaire des dossiers qui sont reçus pour traitement jusqu'au mois de juillet* ».

Après une rentrée 2007 qui s'est parfois passée dans des conditions difficiles, plusieurs MDPH ont mis en place en 2008, en coordination avec l'inspection d'académie, différentes mesures qui tendent à atténuer la saisonnalité des demandes et/ou à dégager des moyens supplémentaires pour y faire face :

- coordination avec l'Éducation nationale pour permettre le dépôt d'une majorité de dossiers avant le mois d'avril ;
- travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et l'Éducation nationale portant sur le rôle des référents dans la complétude du dossier et l'harmonisation des pièces à joindre en fonction des demandes ;
- adaptation de la durée des décisions, prises pour plus d'un an chaque fois que possible ;
- décalage des dates de fin de droit chaque fois que le projet de l'enfant le permet ;
- renforcement ponctuel des moyens entre mai et septembre.

(9) C'est le cas, par exemple, des Alpes de Haute Provence, qui ont créé trois postes de travailleurs sociaux lesquels, au-delà de leurs missions d'évaluation, doivent veiller à ce que l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille soit effectivement assuré, conformément au plan personnalisé de compensation.

(10) La Loire Atlantique « *met en place des tableaux de bord pérennes, notamment en matière d'orientation, dans une démarche de connaissance des besoins* » ; la Marne se propose de construire des outils complémentaires de recueil de données qualitatives et d'analyse des besoins.

(11) Le département des Landes mentionne ainsi, dans le chapitre de son rapport d'activité « *amélioration de la qualité et de la continuité du service rendu* », l'accompagnement des créations et extensions d'établissement et de services pour personnes handicapées, en citant quatre opérations d'équipement programmées.

(12) C'est le cas, entre autres, de la Côte d'Or et du Loiret.

Des besoins en forte augmentation

Ces adaptations et ces renforts de moyens, auxquels l'Éducation nationale contribue, sont rendus d'autant plus nécessaires que « *le nombre de projets de scolarisation vers le milieu ordinaire a explosé au cours de ces dernières années* ». Les augmentations sont souvent de 20 à 30 % par an, elles atteignent parfois 100 à 200 %.

Les MDPH sont nombreuses à pointer ce phénomène qui concerne toutes les « *demandes en lien direct avec la mise en œuvre des plans personnalisés de scolarisation : orientation en CLIS, auxiliaires de vie scolaire, matériel pédagogique et avis de transports scolaires* ». Plusieurs consacrent des développements importants à la multiplication du recours aux AVS.

De plus en plus d'auxiliaires de vie scolaires

Les rapports d'activité des MDPH portent assez rarement un regard critique sur le développement du recours à telle ou telle prestation. On doit donc attacher une attention particulière au sentiment mitigé exprimé par plusieurs rapports d'activité face au recours croissant aux AVS.

Il s'agit d'abord de comprendre le phénomène : « *Cette augmentation spectaculaire est le reflet des progrès considérables qui ont été accomplis pour la scolarisation des enfants handicapés* ». Elle répond aussi à une demande croissante des familles, qui y sont incitées :

- par les médias, qui décrivent la scolarité des élèves handicapés avec accompagnement d'un AVS-I ou décrivent souvent négativement l'obligation faite à certains de fréquenter des établissements médico-sociaux ;
- par la communication ministérielle ;
- par l'équipe éducative, « *qui accepte d'autant mieux l'effort de scolarisation d'enfants handicapés qu'ils sont accompagnés* » ;
- mais aussi par certains services sanitaires et médico-sociaux, « *qui perçoivent comme positif ce prolongement de leur travail thérapeutique et éducatif et sont quelquefois promoteurs de la demande* ».

Cette question du rôle de l'AVS est au cœur des débats internes au système scolaire. Pour éviter que les AVS soient considérées comme un simple dispositif de soutien scolaire supplémentaire, de nombreuses MDPH ont été amenées à mettre en place ou à revoir les critères d'attribution de temps d'auxiliaire de vie scolaire, un travail mené en coordination avec les services de l'Éducation nationale.

Une coordination étroite avec l'Éducation nationale

Un grand nombre de rapports soulignent la nécessité et l'importance de la coordination avec l'inspection d'académie, rappellent le rôle des enseignants référents, qui sont « *les garants de la continuité du parcours de l'élève par la permanence de leurs relations avec les familles, les partenaires du champ social, sanitaire et médico-social* » et qui ainsi favorisent « *la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation* ».

Pour faciliter cette coordination, certaines MDPH ont mis en place un « *référent scolarité* » dont les missions sont distinctes de celles de l'enseignant référent. La CNSA se propose de les réunir afin d'examiner la diversité de leurs fonctions.

Cette coordination s'étend au-delà de l'Éducation nationale *stricto sensu*, puisque les MDPH sont chaque année plus nombreuses à faire état des relations mises en place et des conventions passées avec la ou les universités de leur département.

L'insertion professionnelle

L'année 2008 aura été, pour reprendre l'expression d'une MDPH, celle de « *l'ancrage de la mission insertion professionnelle* », un ancrage résolument partenarial.

Les bases sont posées

L'analyse des rapports de 2008 détaille et confirme les grandes lignes de l'organisation des MDPH en matière d'insertion professionnelle que 2007 avait permis de dégager.

Ce domaine est un élément structurant de l'organisation des maisons, qui ont dans leur très grande majorité mis en place des équipes d'évaluation dédiées à l'insertion professionnelle et, dans une moindre mesure, des réunions dédiées de la CDAPH. Les MDPH sont désormais toutes dotées d'un référent pour l'insertion professionnelle, voire de plusieurs, selon leur taille ou leur choix d'organisation.

L'existence du référent pour l'insertion professionnelle et sa présence dans chaque MDPH sont prévues par la loi du 11 février 2005 (article L 146-3 du CASF). Son rôle est principalement défini par l'article R146-30 du CASF : « *Le référent pour l'insertion professionnelle est chargé des relations de la maison départementale avec le DDTEFP pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées* ». Suite à des premiers travaux sur la fiche de poste du référent entre la DGEFP et la CNSA, une circulaire DGEFP du 15 janvier 2007 en précise les missions.

L'appropriation de cette fiche de poste par les MDPH, à laquelle se sont ajoutées plusieurs attributions effectivement remplies par de nombreux référents pour l'insertion professionnelle, non prévues par la circulaire, en matière d'accueil et d'évaluation des bénéficiaires, permet de décrire leur rôle suivant quatre grandes familles d'attributions de poids décroissant :

- la relation avec le service public de l'emploi ;
- l'information des bénéficiaires ;
- l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement individuel des bénéficiaires ;
- le suivi des données.

Le référent pour l'insertion professionnelle joue un rôle pivot, même si l'insertion professionnelle est un sujet partagé par toute l'équipe de la MDPH, depuis les agents d'accueil jusqu'aux membres de la CDAPH, en passant par les équipes d'instruction et d'évaluation.

Un réseau en construction

Dans sa mission d'animation du réseau des MDPH, la CNSA s'adresse également aux référents pour l'insertion professionnelle, soit pour les inviter à certains groupes de travail, soit pour les réunir au cours de rencontres nationales. C'est ce qu'elle fait déjà pour les directeurs depuis la création des MDPH et, depuis 2008, avec les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire dont l'existence est aussi prévue explicitement par la loi du 11 février 2005.

La première rencontre nationale des référents pour l'insertion professionnelle s'est tenue à Orléans en novembre 2009.

Les MDPH multiplient les partenariats

Les rapports d'activité 2007 avaient déjà montré le caractère nécessairement partenarial de l'action des MDPH en matière d'insertion professionnelle : de l'information des bénéficiaires jusqu'au suivi des décisions, en passant par les évaluations, l'action efficace des MDPH nécessite une implication forte des partenaires, notamment des équipes de Pôle Emploi et des Cap Emploi.

Ce qui ne va pas toujours sans mal, comme l'indique une MDPH pour laquelle « *le dispositif d'orientation professionnelle est complexe : un travail de clarification des rôles respectifs de chacun des acteurs devra être mené en lien avec le service public de l'emploi sur 2009* ». Un besoin également identifié par les MDPH inscrites dans l'expérimentation RECORD, qui a parfois apporté un début de réponse au « *manque de connaissance et de coordination des différents partenaires et (à) la nécessité de consolider le réseau des professionnels* ». Cette expérimentation a permis aux acteurs qui contribuent à l'évaluation de l'employabilité des personnes de se rencontrer et d'apprendre à travailler ensemble.

Pour autant, nombreuses sont les MDPH qui mettent en avant ce partenariat, un partenariat qui s'étend d'ailleurs au-delà du « *noyau dur* » des relations conventionnelles prescrites par la réglementation. Services sociaux des conseils généraux, missions locales, ESAT, associations, entreprises sont également des interlocuteurs réguliers ou des partenaires plus ponctuels des MDPH.

Plusieurs MDPH annoncent d'ailleurs leur volonté de poursuivre, voire de renforcer ces partenariats, dans un contexte de réforme qui les rend d'autant plus nécessaires.

La réforme de l'AAH en perspective

Certaines MDPH constatent dès 2008 un accroissement important des demandes liées à l'insertion professionnelle : « *L'augmentation régulière de premières demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peut être liée à l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs en situation de handicap et à l'accroissement important du montant des sanctions, si ce pourcentage n'est pas atteint* ».

Beaucoup s'attendent en 2009 à un impact de la réforme de l'AAH sur leur activité. « *Ces évolutions réglementaires nécessiteront des évaluations de plus en plus importantes tant en nombre qu'en qualité.* »

La mobilisation du service public de l'emploi et de l'ensemble des acteurs de l'insertion professionnelle est très souvent posée...

* La mesure de la satisfaction des usagers de la MDPH, un dispositif qui se généralise

Ce dispositif propose aux départements de mesurer de manière continue la satisfaction des usagers de leur MDPH.

Les nouvelles conventions déjà signées pour la période 2009-2012 montrent que les départements ont, dans leur très grande majorité, accepté que les résultats nationaux issus de ce questionnaire soient communiqués de manière anonymisée, tant aux associations qu'aux autres départements.

Pour accompagner ce déploiement, la CNSA a engagé des travaux avec des MDPH et des associations pour promouvoir le dispositif actuel par :

- la création d'une adresse web : <http://satisfactionmdph.fr> permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne ;
- la publication d'un prospectus, diffusé à 100 000 exemplaires auprès des MDPH et des associations, pour faire connaître cette adresse mail ;

et le faire évoluer par :

- la simplification du questionnaire, tant dans sa forme qu'au niveau des questions ou réponses proposées ;
- le développement d'une interface web plus attractive et accessible ;
- l'évolution des restitutions graphiques pour tenir compte des évolutions du questionnaire ;
- le renouvellement, pour les trois années à venir, du marché public passé avec un prestataire pour assurer le traitement des réponses, gratuit pour les maisons départementales.

L'ANIMATION DU RÉSEAU PAR LA CNSA

Les rapports annuels témoignent de l'importance des relations nouées, depuis quatre ans, entre les MDPH et la CNSA. Ces relations sont maintenant devenues régulières, mais leurs modalités ont à se renouveler en permanence, avec un souci d'écoute du terrain⁽¹³⁾.

On peut d'ailleurs noter que si les déplacements des différents experts de la CNSA avaient été organisés de leur propre initiative de 2005 à 2007, ce sont aujourd'hui les départements eux-mêmes qui font appel aux services de la CNSA.

Les formes que prennent ces relations permanentes sont multiples :

- « *Infos réseau MDPH* », publié tous les quinze jours, depuis avril 2006 ; les « *jeudis pratiques de la compensation* », véritables « travaux pratiques » entre une quinzaine de MDPH ; les visites départementales, participation à des colloques ou forums locaux... ;
- de très nombreux groupes de travail techniques à Paris ; des expérimentations auxquelles les MDPH sont nombreuses à participer : travaux avec les équipes spécialisées du handicap psychique RECORD, Service appui projet, comparaison de l'AEEH et de la PCH enfants... ;
- les travaux d'échange s'étendent à divers professionnels de la MDPH : les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires et les référents pour l'insertion professionnelle ;
- les journées « *Rencontres pour une culture partagée* » ;
- les propositions d'actions de formation par l'intervention de formateurs-relais ;
- l'édition d'un document de quatre pages « *Les maisons départementales des personnes handicapées, d'un département à l'autre* ».

Au printemps dernier, les rencontres bilatérales, organisées avec l'ensemble des départements pour la discussion de la nouvelle convention 2009-2012, ont été l'occasion d'échanges très fructueux. Ces échanges, autant que le contenu de ces conventions, sont significatifs des rapports de qualité et de confiance qui sont développés depuis quatre ans entre le niveau national et les collectivités territoriales auxquelles de nouvelles attributions ont été confiées, dans un schéma original par rapport au modèle de départ de la décentralisation.

EN CONCLUSION

Demeure-t-il des zones grises dans ce nouveau dispositif ?

Celles qui risquent de faire dire que la loi nouvelle n'est pas complètement appliquée et que l'esprit qu'elle a voulu faire souffler n'a pas encore atteint toutes les procédures, ni l'ensemble des pratiques ou des comportements individuels et collectifs ?

Parmi les points qui méritent encore une certaine vigilance :

- l'instabilité des agents et des financements des dépenses de fonctionnement, comme un frein à l'élaboration d'une vraie professionnalisation des équipes et d'une culture commune ;
- les délais de traitement, encore trop importants, face à une pression toujours croissante des demandes ;
- la dimension des équipes pluridisciplinaires et l'utilisation d'outils communs d'évaluation (notamment le GEVA) encore insuffisants ;
- l'existence encore marginale de vrais plans personnalisés de compensation ;
- les liaisons et la collaboration avec les services de droit commun, et la coordination insuffisamment calée entre les acteurs locaux, notamment dans le cadre des évolutions réglementaires (AAH, PCH enfants) ;
- le peu de données disponibles sur la mise en œuvre des décisions et le suivi des situations dans le temps ;
- la mise en place des outils informatiques, qui n'est achevée ni au niveau local ni pour les remontées nationales du système d'information partagé.

Des interrogations institutionnelles sont par ailleurs posées, dont l'évolution du statut des MDPH, avec l'éventualité d'une suppression du GIP, afin de régler de manière stable la situation des agents de l'État. Les autres réformes institutionnelles, l'arrivée des agences régionales de santé, la création d'un « 5^e risque » de protection sociale, avec la convergence des politiques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, sont aussi souvent évoquées dans les rapports.

Les problèmes financiers sont soulignés dans la majorité des rapports, qu'il s'agisse des crédits de fonctionnement de la MDPH, de la montée en charge de la PCH ou de l'avenir du fonds départemental de compensation.

(13) Un questionnaire d'enquête de satisfaction auprès des directeurs de MDPH a été réalisé fin 2007, dont les résultats ont été communiqués en janvier 2008 ; il sera renouvelé deux ans plus tard, en décembre 2009.

Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action en 2009

Au 31 décembre 2009

1 – Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Porteur et titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	MDPH 47 – Observatoire du handicap.	Projet informatique de gestion des dossiers individuels visant à fournir des données pour mieux connaître les besoins des personnes handicapées dans le département.	18
PA/PH	CREAI NPC – Accueil temporaire : changement et adaptation des pratiques professionnelles.	Étude-action visant à définir un référentiel de pratiques pour les professionnels de l'accueil temporaire.	27
PH	CRESGE – Précarité : émergence de situations de handicap durant l'enfance et choix de la filière de prise en charge : le cas des enfants atteints de handicap psychique et intellectuel.	Étude sur les liens entre la précarité sociale et l'émergence de situations de handicap et sur le choix de la filière de prise en charge dans le domaine de la déficience intellectuelle et psychique.	20
PH	ANCRA/ANCREAI – Description de l'accueil en établissements et services des personnes avec TED dans trois régions.	Étude des pratiques éducatives, thérapeutiques et pédagogiques des établissements et services médico-sociaux pour enfants avec troubles envahissants du développement.	40
PA	EHESP – Trajectoires de maladie de patients diagnostiqués Alzheimer ou troubles apparentés.	Enquête pluridisciplinaire sur les trajectoires des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.	90
PA	ADERA – AGGIR dans Paqid.	Étude épidémiologique de l'évolution de la dépendance auprès des personnes âgées, évaluée selon plusieurs échelles dont AGGIR.	50

2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Porteur et titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	CEDIAS – Logiciel GEVA Bêta 1.	Projet d'informatisation du GEVA.	22
PH	Interparcours handicap 13 – Aide à la formulation du projet de vie.	Expérimentation d'une formule d'aide à la formulation du projet de vie par les associations en lien avec la maison départementale des personnes handicapées.	167
PA	Centre d'éthique clinique Cochin AP-HP – Directives anticipées chez les personnes âgées de 75 ans et plus : que savent-elles et pensent-elles du concept, de sa pertinence et de son utilité ?	Étude sur la connaissance et le recours aux directives anticipées des personnes de plus de 75 ans à l'hôpital et en établissements et services médico-sociaux.	30
PH	CRP Consulting – Étude sur les besoins de compensation des jeunes handicapés.	Étude réalisée à la demande de la CNSA sur les caractéristiques de l'AEEH et de la PCH enfant, sur les besoins couverts et sur les caractéristiques des populations concernées.	134
PH	OPTIM ressources – Assistance à la réalisation de projets pour l'amélioration des processus d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap en vue de faciliter leur parcours d'insertion professionnelle.	Assistance à la réalisation de projets pour l'amélioration des processus d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap en vue de faciliter leur parcours d'insertion professionnelle, dans le cadre du projet RECORD.	37

3 – Aides techniques

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	ALCIMED – Étude européenne sur les aides techniques.	Étude comparative européenne, commanditée par la CNSA dans le cadre des travaux de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques, conduite dans cinq pays européens dans le champ des aides à la communication pour personnes déficientes visuelles, des fauteuils roulants et des appareils auditifs.	172
PA/PH	ANR – Appel à projets TECSAN 2008.	Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets technologies pour la santé et l'autonomie 2008 1. MIRAS/robot avec interaction multimodale pour l'assistance à la déambulation/Robert MILLET. 2. NAVIG/navigation assistée par vision embarquée et GNSS, un dispositif de suppléance pour les malvoyants et les non-voyants/Christophe JOUFFRAIS. 3. PALLIACOM/communicateur multimodal pour la palliation et l'augmentation alphabétique et logographique de la communication écrite et orale/Maryvonne ABRAHAM.	1038
PH	FENCICAT – Plates-formes régionales d'information et conseil sur les aides techniques.	Expérimentation de la mutualisation des moyens des CICAT via des plates-formes régionales dans quatre régions ou interrégions.	250
PA/PH	ANR – Appel à projets TECSAN 2009.	Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets technologies pour la santé et l'autonomie 2009 1. HOMECARE/projet applicatif de surveillance <i>indoor</i> de patients atteints de la maladie d'Alzheimer/Daniel ESTÈVE. 2. Robodom/impact d'un robot majordome à domicile sur l'état psychoaffectif et cognitif de personnes âgées ayant des troubles cognitifs légers/Anne-Sophie RIGAUD.	1038
PA/PH	ANR – Appel à projets européen AAL 2009.	Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets du programme européen « Ambient assisted living », financé par la CNSA et l'Agence nationale de la recherche – HOPES/help and social interaction for elderly on a multimedia platform with e-social best practices/SCHOEN, KRIVITZKY, RICARD, KRZENTOWSKI. – FoSIBLE/fostering social interactions for a better life of the elderly/LEWKOWICZ, DEJARDIN. – Senior Channel/an interactive digital television channel for promoting entertainment and social interaction amongst elderly people/TESORIERE, ROST. – Paelife/personal assistant to enhance the social life for the seniors/ABRANTES, HEWSON. – ALIAS/adaptable ambient living assistant/TRONCY.	1038
PA/PH	MBA Consulting – Accompagnement d'une expérimentation des centres d'expertise sur les aides techniques.	Prestation d'appui au lancement et la conduite de l'appel à candidatures visant à sélectionner cinq « centres d'expertise nationaux » sur les aides techniques.	78

4 – Aidants professionnels et informels			
Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA	FORMADEP – Conditions de réussite d'un processus de formation conduisant à l'amélioration des pratiques soignantes en EHPAD.	Étude-action de comparaison des effets de trois types de formations de professionnels sur les pratiques en EHPAD et de leur impact sur les résidents.	123
PH	I = MC ² – Conception d'une formation qualifiante aux pratiques professionnelles d'accompagnement des personnes handicapées.	Élaboration d'une maquette de formation pour les professionnels du secteur du handicap.	420
PA	Geronto-clef – Étude sur les accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	Étude sur les freins et facteurs de réussite du développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ; étude commandée par la CNSA dans le cadre du plan Alzheimer.	12

5 – Formules d'organisation innovantes dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie			
Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	ANEDEM – Réalisation de l'outil d'auto-évaluation des groupes d'entraide mutuelle.	Élaboration d'une méthodologie permettant aux GEM de se positionner, d'évaluer leur mode de fonctionnement et d'identifier des pistes d'amélioration de leur activité.	413
PH	CIDJ – Aide à l'accompagnement des jeunes handicapés.	Projet visant à identifier l'accessibilité pour les jeunes handicapés des établissements d'enseignement supérieur.	5
PH	ADHMI – Aide diversifiée en faveur des femmes aveugles ou gravement handicapées visuelles dans leur accession à la maternité.	Expérimentation d'une aide spécifique pour femmes aveugles ou gravement handicapées dans leur accession à la maternité à l'Institut de puericulture de Paris.	125
PA	Expérimentation de plates-formes d'accompagnement et de répit pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	12 projets retenus à la suite de l'appel à projets lancé pour expérimenter des plates-formes de répit, dans le cadre de la mesure 1 du plan Alzheimer – Association A3 – Bouches du Rhône. – FEDOSAD – Côte d'Or. – Association Bistrot mémoire – Ille et Vilaine. – Ville de Nantes – Loire Atlantique. – APAPAD – Nord. – UNA Pays du Perche – Orne. – Association Le Grand Platane – Pyrénées Orientales. – Résidence départementale d'accueil et de soins de Mâcon – Saône et Loire. – Association France Alzheimer – Savoie. – Association Notre Dame du Bon secours – Paris. – Association gérontologique de Gâtine – Deux Sèvres. – Hôpital privé gériatrique les Magnolias – Essonne.	1072

6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie			
Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	Prix architecture (partenaires : FHF, Fondation Médéric Alzheimer).	Prix de la meilleure réalisation architecturale médico-sociale – 1 ^{er} prix : EHPAD Roger Ivars du Centre hospitalier du Chinonais à Chinon (Indre et Loire). – 2 ^e prix : Centre hospitalier de Vitré, la résidence « Les jardins du val » (Ille et Vilaine). Concours d'idées à destination des étudiants en architecture – 1 ^{er} prix : <i>Une cité jardin verticale</i> , par Mathieu Chognard, étudiant à l'école nationale supérieure d'architecture de Grenoble. – Mention spéciale : <i>Vie citadine au cœur d'un verger</i> , par Mélanie Belot, étudiante à l'école d'architecture Paris Val de Seine.	24

7 – Mesures de l'efficience et de la performance			
Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	AFM – Diagnostic organisationnel et fonctionnel de la prise en charge des soins.	Étude visant à définir une méthodologie pour établir le coût de prise en charge dans un établissement pour personnes lourdement handicapées.	22
PH	ANCRA – Amélioration continue des centres ressources autisme.	Projet de développement d'outils d'auto-évaluation des centres ressources autisme.	141
PH	CREAI Rhône Alpes – Étude qualitative sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).	Étude sur les pratiques d'accueil et de prise en charge dans les CAMSP.	230

8 – Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	CG Cantal – Maison de l'autonomie (MDA) du Cantal.	Expérimentation du rapprochement des équipes personnes âgées du conseil général et des équipes de la MDPH.	176
PA/PH	ODAS – Étude sur les politiques d'accueil et d'information et de préorientation des personnes âgées ou handicapées.	Étude visant à mieux connaître les organisations mises en place par les collectivités locales pour garantir l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées.	100
PA	ANTARES consulting – Accompagnement de la mise en place de l'expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).	Prestation d'accompagnement à l'expérimentation des MAIA pour l'aide à la définition d'outils de suivi et de remontées de données.	73
PA	Expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).	<p>17 projets ont été retenus dans le cadre de la mesure 4 du plan Alzheimer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le projet porté par l'association d'action gérontologique du bassin burgien (01). – Le projet porté par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Gers (32). – Le projet porté par l'association EOLLIS (59). – Le projet porté par le Clic (centre de liaison, d'information et de coordination) de Montreuil et soutenu par le réseau Méotis (62). – Le projet porté par le Conseil général du Haut Rhin, couvrant les territoires de Mulhouse et Illzach (68). – Le projet porté par le CIDPA (centre d'information départemental personnes âgées) de la Sarthe (72). – Le projet porté par le GCSMS (Groupement de coopération sanitaire et médico-sociale) dans le 20^e arrondissement de Paris (75). – Le projet porté par le réseau gérontologique qui intervient dans les communes d'Alfortville, Bonneuil sur Marne, Créteil, Joinville le Pont, Saint Maur des Fossés (94). – Le projet porté par l'association Institut de la maladie d'Alzheimer de Marseille (13). – Le projet porté par le Conseil général du Cher (18). – Le projet présenté par le Réseau de santé Alzheimer du canton de Saint Pol de Léon (29). – Le projet présenté par le Clic de la Communauté Urbaine de Bordeaux (33). – Le projet porté par le Conseil général de l'Isère (38), pour l'implication des professionnels libéraux. – Le projet porté par le Conseil général de Haute Loire (43). – Le projet porté par le Conseil général de Meurthe et Moselle (54). – Le projet porté par le Clic de l'agglomération Clermontoise (63). – Le projet porté le département du Val d'Oise (95), associant Mondial Assistance et le projet porté par le réseau gérontologique de Survilliers. 	7696

9 – Actions de prévention

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA	Appel à projets régional du programme <i>Bien vieillir</i> .	116 projets retenus en régions.	2500

10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	Réseau IDEAL – Organisation des deuxièmes ateliers nationaux de la solidarité.	Contribution à la réalisation des deuxièmes ateliers nationaux de la solidarité, regroupant les principaux acteurs des collectivités locales ainsi que les professionnels du secteur social et médico-social.	15
PA	Citoyennâge – 12 ^e colloque Citoyennâge.	Modélisation de la démarche Citoyennâge via la définition d'une boîte à outils pour favoriser une meilleure participation à la citoyenneté des personnes âgées en EHPAD.	30
PA	GMP – 19 ^e congrès mondial de gérontologie et de gériatrie (IAGG).	Soutien à l'organisation du colloque mondial de l'association internationale de gériatrie et gérontologie.	100
PH	ADAPEI Finistère – Colloque « projet de vie ».	Contribution à la réalisation d'un colloque regroupant usagers, parents et professionnels autour de la problématique du projet de vie.	4
PA	FNG – Colloque « territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses ».	Soutien à l'organisation d'un colloque autour de la définition du territoire gérontologique via une approche pluridisciplinaire.	17
PA/PH	UTT – Congrès de la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontotechnologie.	Congrès regroupant des acteurs de différentes disciplines autour des nouvelles technologies pour l'autonomie.	5

10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques (suite)

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	DREES – Études méthodologiques sur les volets ménages et aidants de l'enquête Handicap-Santé.	<p>Appel à projets de recherche visant à consolider la méthodologie de l'enquête Handicap-Santé de la DREES.</p> <p>Les projets retenus</p> <ul style="list-style-type: none"> – Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels/WEBER. – L'utilisation des méthodes d'évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale ? PARAPONARIS. – Approche qualitative du recueil des données de santé mentale dans l'enquête HSM/ROUSSEL. – L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques dans l'enquête Handicap-Santé (usage et besoins, connaissance des dispositifs/RENAUT). – Étude sur le mode d'évaluation de l'aide humaine dans la relation de couple et dans la relation parent aidant-enfant aidé/BANENS. 	191
PA/PH	DREES – Appel à projets de recherche : mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, « prise de parole » des usagers.	<p>Projets retenus</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation de la mise en œuvre des plans d'aide personnalisés de l'APA/MANTOVANI. – La parole des vieux ayant besoin d'aide : d'une gestion individuelle à une expression collective ? /ARGOUD. – Le handicap comme collectif en action/HENNION. – Évaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées vivant à domicile/ANKRI ; – Mesure de la qualité et qualité de la mesure : construction de points de vue sur l'aide à domicile/FERMON. 	197
PA/PH	DREES – Appel à projets de recherche : l'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger.	<p>Projets retenus</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comparaison des régimes de care et contexte en profonde mutation : le cas de l'aide au domicile des personnes fragiles en Allemagne, Belgique, Angleterre et Italie/NYSENNS. – Apprentissage et innovation dans les régimes locaux d'aide et soins à domicile des personnes âgées (Allemagne, Écosse, Suisse)/GIRAUD. – <i>Living independently at home; reforms in organization and governance of european home care for elderly and disabled/ROSTGAARD.</i> 	500
PA-PH	DREES Mire – Appel à projets permanent en matière de recherche dans le domaine de la perte d'autonomie.	<p>Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets permanent en 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> – DELATTRE – Décrypter la différence : lecture archéo-anthropologique et historique de la place de la personne handicapée au sein des communautés du passé. – DELATTRE – Journée européenne des droits des personnes handicapées à l'Unesco. – AUCANTE – Réseau de formation à la recherche en sciences sociales du handicap. – CARADEC – Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles ; – CLAVERANNE – Les restructurations du secteur médico-social : une approche morphologique et longitudinale des marchés locaux du handicap en région Rhône Alpes. – VILLE – Parcours de réadaptation ; les dispositifs médicaux et sociaux et leur appropriation par les acteurs professionnels et usagers. – BOURDELAIS – Aux origines des aidants familiaux : les transformations de l'aide familiale aux personnes malades, handicapées et âgées dépendantes en France du milieu des années 1940 à la fin des années 1980. – PROUTEAU – Facteurs métacognitifs et handicap psychique dans la schizophrénie : une étude longitudinale. – CALVEZ – Les situations de grande dépendance motrice : une approche des représentations du corps et de ses frontières. – GRAMAIN – La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique. – ARNAUD – Déterminants environnementaux de la participation et de la qualité de vie d'adolescents en situation de handicap. – TAPIE – De la structure d'accueil au lieu de vie : de la technique à l'usage. – RUFFIE, FEREZ – Réseau de recherche et de développement sur les activités corporelles dans le secteur du handicap et de la perte d'autonomie : histoire sociale et sociologie des organisations en France continentale et aux Antilles françaises. – COURBOIS – Collaboration à la chaire « technologies de soutien à l'autodétermination » de l'Université du Québec, à Trois-Rivières. – RAPEGNO – Vivre en structure d'hébergement pour adultes handicapés et se construire une vie : la question des trajectoires résidentielles pour les adultes handicapés moteurs résidant en foyer de vie (prix de master). – EIDELIMAN – Spécialistes par obligation : des parents face au handicap mental. Théories diagnostiques et arrangements pratiques (prix de thèse). – FERNANDES – De la perception haptique à la production de dessins chez l'enfant voyant et déficient visuel (prix de thèse). 	494
PH	Agence entreprise handicap – Colloque « Comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale ? La voie du handicap psychique ».	Soutien à un colloque sur la prise en compte du handicap psychique dans les entreprises, qui a notamment permis la valorisation des projets sur l'évaluation du handicap psychique soutenus par la CNSA.	10
PH	Fondation Garches – XXII ^e entretiens de la Fondation Garches.	Soutien au congrès organisé en 2009 sur le thème de l'évaluation des méthodes de rééducation.	18
PA-PH	Journées interrégionales de l'ANESM.	<p>Soutien à l'organisation des journées interrégionales en coopération avec l'ANESM, via un appel à projets, pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>Dix projets d'interrégions ont été retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Centre. – Auvergne Limousin. – Nord Pas de Calais. – Grand Est. – Paca et Corse. – Rhône Alpes. – Aquitaine. – Bretagne. – Île de France. – Midi Pyrénées Languedoc Roussillon. 	94
PH	Ptolémée SARL – colloque « handicap psychique ».	Prestation d'aide à l'organisation du colloque du 23 mars 2009 de restitution de l'étude sur l'évaluation du handicap psychique.	203

REPÈRES

LES FINANCEURS DES AIDES À L'AUTONOMIE

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

L'État finance les ressources d'existence des personnes handicapées (allocations aux adultes handicapés, pensions militaires d'invalidité), les dispositifs d'incitation à l'activité professionnelle pour les personnes handicapées (établissements et services d'aide par le travail, ateliers protégés), et les dispositifs d'aide à l'intégration scolaire. Il intervient en outre par des aides fiscales en faveur des personnes âgées et handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile...). Le montant total des crédits consacrés par l'État à ces actions est estimé à 9 917,6 M€ en 2008.

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 régimes y ont consacré 21 184,9 M€ en 2008.

Les départements, responsables de la planification de l'offre de structures à destination des personnes âgées et handicapées, financent les prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH) et le fonctionnement des établissements non médicalisés ; l'aide sociale finance les coûts d'hébergement en établissement ou l'aide ménagère. Le montant total de ces dépenses est estimé à 9 655,7 M€ en 2008.

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. Le montant des dépenses de la CNSA financées par ses ressources propres était 3 615,1 M€ en 2008.

L'AGEFIPH finance les aménagements de postes de travail pour les travailleurs handicapés dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi (Cap Emploi, formations...). Ces dépenses se sont élevées à 584 M€ en 2008. **Le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPHFP)** fait de même pour les trois fonctions publiques.

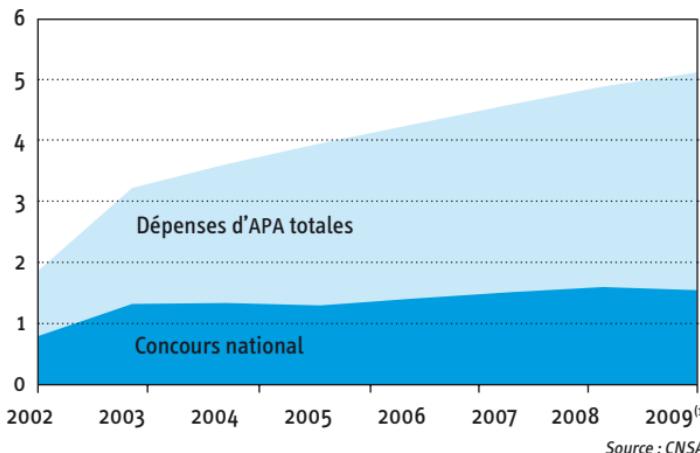
REPÈRES

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

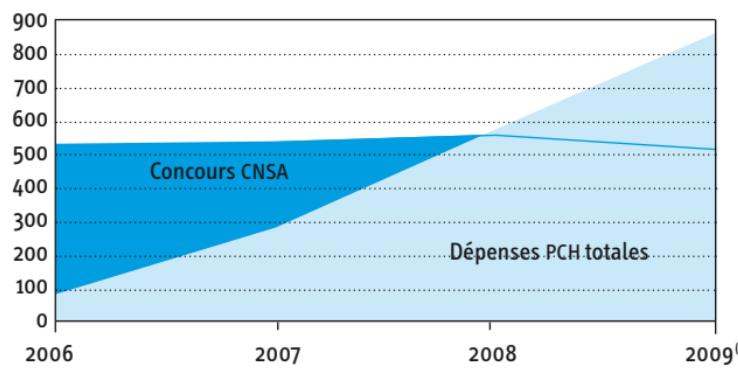
Évolution des dépenses d'APA et du concours national depuis 2002 (en milliards d'euros)



Source : CNSA.

✳ LA PCH, UNE MONTÉE EN PUISSANCE AVÉRÉE

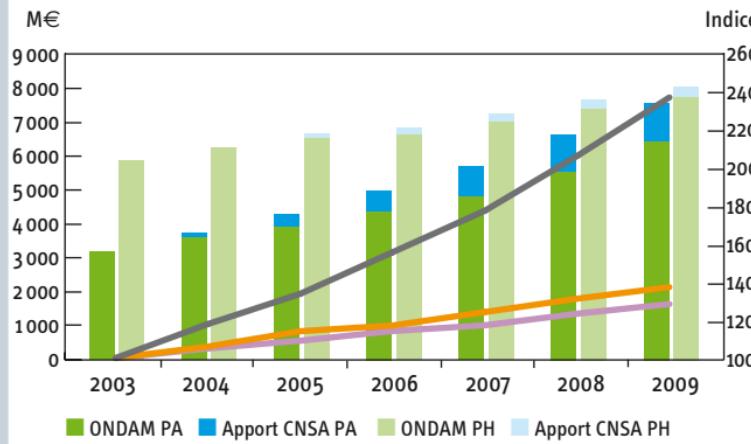
Évolution des dépenses de PCH et du concours national depuis 2006 (en millions d'euros)



(1) Prévisions.

Source : CNSA.

LES CRÉDITS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX EN FORTE HAUSSE (en millions d'euros) ET LEUR ÉVOLUTION (en indice 100 en 2003)



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">• 105 000 enfants et adolescents pris en charge en établissements.• 129 000 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">• 110 000 travailleurs en ESAT.• 10 500 en CRP – CPO. SAMSAH – SSIAD – foyers d'hébergement – foyers de vie FAM – MAS <ul style="list-style-type: none">• 43 300 adultes en foyers de vie.• 39 380 en foyers d'hébergement.• 20 150 en MAS.• 14 400 en FAM.• 30 570 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 :– 500 000 accompagnées en EHPAD ;– 92 000 par un SSIAD ;– 14 150 places installées en accueil de jour, hébergement temporaire.

Sources : DREES-FINESS-STATIIS 2008.

✳ 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 préorientation.

REPÈRES

DES PLANS PLURIANNUELS DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE STRUCTURES

* PERSONNES ÂGÉES :

LE PLAN SOLIDARITÉ GRAND ÂGE (2006-2012)

LE PLAN ALZHEIMER (2008-2012)

Un objectif : donner aux personnes âgées le libre choix de rester chez elles.

Chiffres clés

- + 5 000 places en EHPAD par an (7 500 depuis 2008).
- + 6 000 places de SSIAD par an.
- 500 équipes spécialisées en SSIAD, formées à l'accompagnement et à la réhabilitation des malades Alzheimer.
- 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.
- 25 000 places en pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) en EHPAD.
- 5 000 places en unités d'hébergement renforcées en EHPAD et en unité de soins de longue durée (USLD).

* 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 centres d'action précoce.
- Médicalisation de 2 500 places de foyers.
- 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. Elle est mesurée par les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » :

	€/habitant Personnes âgées			€/habitant Personnes handicapées		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Écart interrégional	20,8 %	18,2 %	17,9 %	24,1 %	22 %	20,9 %
Médiane des régions	1417	1496	1688	133	145	156
Moyenne France entière	1437	1510	1657	135	145	151

Source : CNSA pour PQE – annexe 1 – LFSS 2010.

Effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS personnes handicapées est de 151 € par habitant; la moitié des régions a dépensé plus de 156 €. Rapporté à la moyenne, l'écart de l'euro par habitant entre les 25 % de régions qui ont dépensé le plus et les 25 % de régions qui ont dépensé le moins atteint 20,9 % en 2008.

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 : 37 % ;
- l'État : 36 % en moyenne (essentiellement mise à disposition de personnels) ; ce montant varie toutefois en fonction des départements de 11 à 68 % ;
- la CNSA : 19 % en moyenne.

252,6 M€

C'est l'estimation du total des dépenses de fonctionnement globalisées des MDPH en 2008.

Source : CNSA, comptes administratifs consolidés des MDPH en 2008.

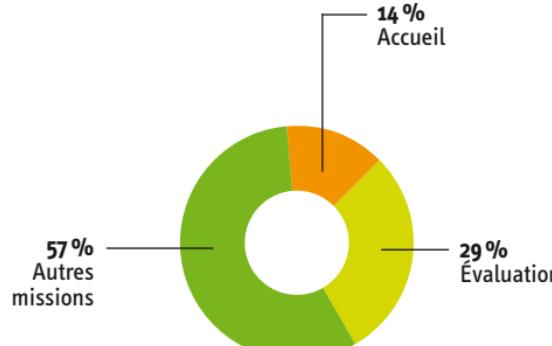
★ DES ÉQUIPES D'ORIGINE DIVERSE...

- Quelque 4 600 emplois permanents dans les MDPH, soit environ trois fois plus que dans les anciennes COTOREP et CDES.
- Près de 1300 agents sont mis à disposition par l'État.
- 1300 autres postes ont pu être créés avec le concours financier de la CNSA.
- 40 % des effectifs ont été directement pris en charge par les conseils généraux.

Source : CNSA, synthèse des rapports des présidents de conseil général 2008.

★ ... 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 2008.

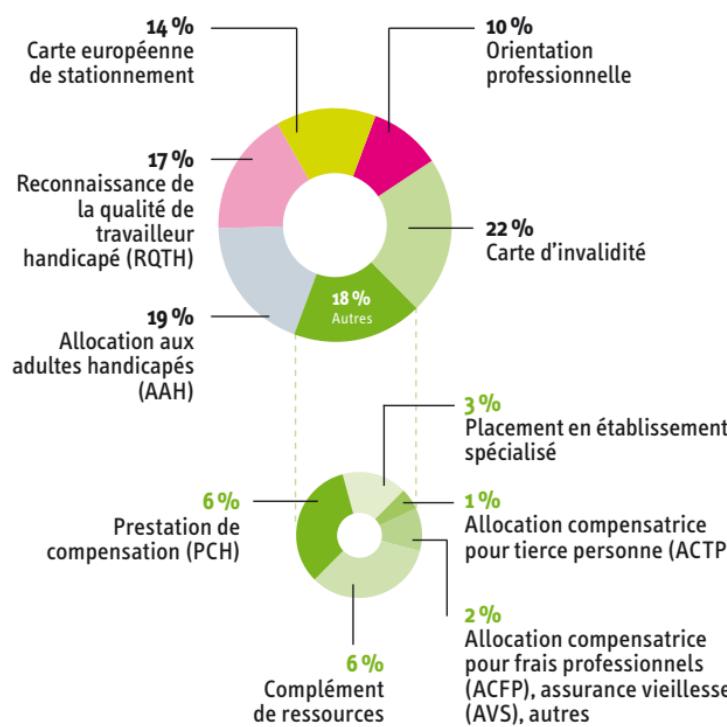
REPÈRES

L'ACTIVITÉ DES MDPH : L'INSTRUCTION ET L'ATTRIBUTION DE NOMBREUSES PRESTATIONS ET DÉCISIONS D'ORIENTATION

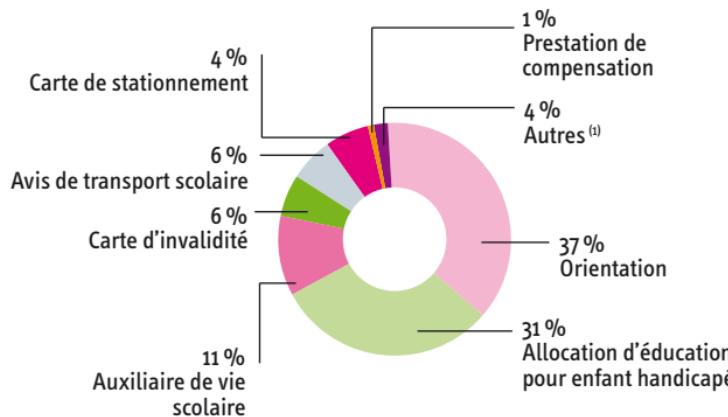
Les demandes déposées auprès des maisons départementales sont très diverses. Leur flux est important, mais hétérogène d'un département à l'autre : il se situe entre 21 et 64 demandes pour 1 000 habitants

Source : CNSA d'après les rapports d'activité 2008 des MDPH – échantillon : 77 MDPH.

★ RÉPARTITION DES DEMANDES « ADULTES » déposées en 2008 – échantillon : 53 MDPH



★ RÉPARTITION DES DEMANDES « ENFANTS » déposées en 2008 – échantillon : 69 MDPH



(1) Rubrique autres : maintien de l'amendement Creton, avis de matériel pédagogique, cartes de priorité.

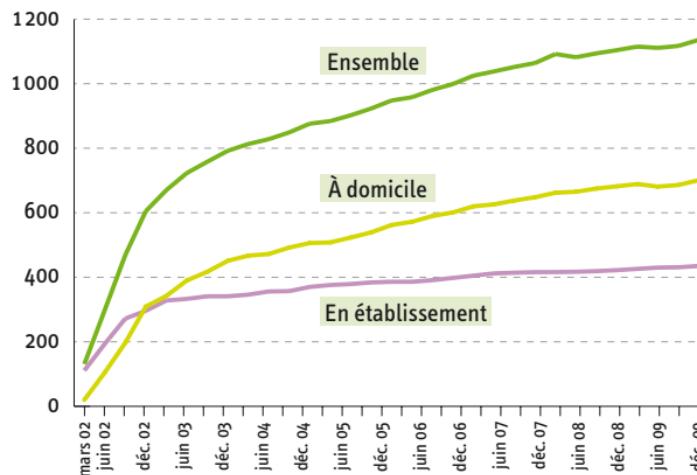
REPÈRES

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

1 136 000 bénéficiaires de l'APA
au 31 décembre 2009.
(701 000 à domicile – 435 000 en établissement).

Source : DREES (mars 2010), enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, estimation nationale établie à partir de 90 départements répondants.

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} avril 2009 pour ces quatre groupes sont :

- GIR 1 : 1224,63 € ;
- GIR 2 : 1049,68 € ;
- GIR 3 : 784,26 € ;
- GIR 4 : 524,84 €.

Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR au 30 décembre 2009 :

- GIR 1 : 18 000 ;
- GIR 2 : 126 000 ;
- GIR 3 : 151 000 ;
- GIR 4 : 406 000.

Source : DREES, mars 2010.

REPÈRES

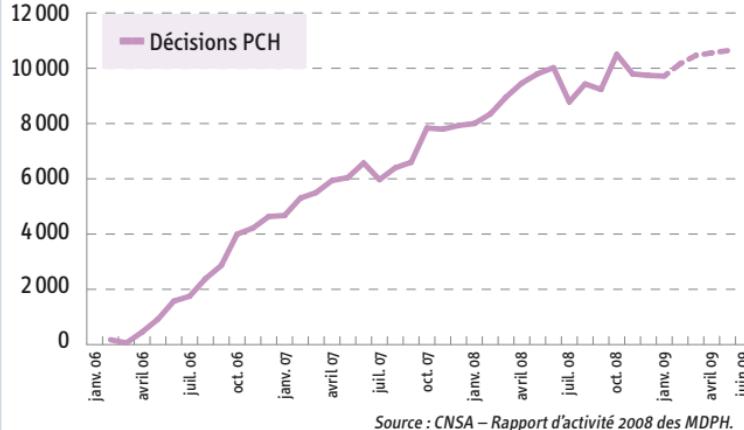
LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Plus de

69 674 personnes ont bénéficié d'un versement au titre de la PCH en 2008.

Source : CNSA.

Évolution mensuelle lissée des décisions PCH 2006-2009 Estimation France entière (source déclarative)



67,7 % 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.

✿ LES PLAFONDS PAR ÉLÉMENTS, FIXÉS AU NIVEAU NATIONAL (au 1^{er} juillet 2009)

		Tarif horaire qui varie selon le mode de recours à l'aide
1	Aides humaines	<ul style="list-style-type: none">• emploi direct : 11,57 €/heure;• service mandataire : 12,73 €/heure;• service prestataire : 17,43 €/heure;• aidant familial : 3,40 €/heure ou 5,09 €/heure.
2	Aides techniques	3 960 € pour 3 ans (sauf cas de déplafonnement).
3	Aménagement du logement.	10 000 € pour 10 ans.
	Aménagement du véhicule	5 000 € pour 5 ans.
4	Charges spécifiques ou exceptionnelles	<ul style="list-style-type: none">• 100 € par mois.• 1800 € pour 3 ans.
5	Aides animalières	3 000 € pour 5 ans.

Source : DGAS – 1^{er} juillet 2009.