

RAPPORT 2012

# Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Promouvoir la  
continuité des  
parcours de vie





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 :

Jihane et sa famille, ainsi que le personnel soignant de l'hôpital Chubert de Vannes ; les résidents, usagers, personnels et responsables de la maison de retraite Agos Résidence du Château (Claye Souilly) ; de la maison Helena (Gévezé) ; du centre d'action médico-sociale précoce de Montrouge ; de trois structures à Guingamp : Plateforme CLIC, Maison du département, Comité de service aux personnes ADSEVEL ; d'Adhap Services de Romorantin ; du village de Sésame (Messimy) ; de l'établissement public médico-social du Provinois (Provins) ; de la maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes Les Roches d'Orgères (Fleurey-sur-Ouche) et de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile (Dijon) ; de la résidence La Source (Saint-Jacques-de-la-Lande) ; de la maison d'accueil spécialisée Ker Dihun (Saint-Brieuc) ; de l'école Seignobos (Valence) ; de l'association de réadaptation et réinsertion pour l'autonomie des déficients visuels (Marseille) ; des maisons départementales des personnes handicapées de Paris et du Bas-Rhin ; de la maison départementale de l'autonomie du Morbihan ; du centre national de ressources pour les handicaps rares Robert Laplane (Paris) ; des instituts médico-éducatifs La Pépinière (Loos), La Providence (Saint-Laurent-en-Royans), Cour de Venise (Paris) ; des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Résidence le Clos Saint-Jean (Gargenville) et Kuzh Héol (Bourg-Blanc) ; de l'association d'aide à domicile du canton de Puiseaux – réseau UNA du Loiret ; du service d'accompagnement à la vie sociale – service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'Association des paralysés de France (Blois) ; de l'établissement d'accueil de jour Casa Delta 7 (Villejuif) ; du foyer Bellecombe (Chaponost).

**Direction de la publication :** Luc Allaire

**Rédaction :** Lise Burgade

**Coordination :** Sophie Behr et Florence Condroyer

**Conception graphique :** 8<sup>m</sup>fluence

**Photos :** William Alix, Laurent Chamussy, Jean-Marie Heidinger, Olivier Jobard (Sipa Press), Caroline Poiron pour la CNSA

RAPPORT 2012

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





Francis Idrac, Président du Conseil de la CNSA, et Luc Allaire, Directeur de la CNSA

# Des ambitions renouvelées pour l'autonomie



L'année 2012 a renouvelé la priorité que constituent, depuis le début des années 2000, les politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : un taux d'ONDAM médico-social en progression de 4 % dans le contexte de forte contrainte que connaissent nos finances publiques ; un fonds d'aide à domicile doté de 50 M€ financé par apport de l'État à la CNSA, pour soutenir les associations du secteur de l'aide à domicile tout en poursuivant le processus conventionnel de modernisation de ces services ; un fonds exceptionnel d'aide aux départements, doté de 170 M€ prélevés sur les réserves de la CNSA ; l'installation d'un groupe de travail État-départements sur le financement pérenne des trois allocations individuelles de solidarité – PCH, APA et RSA.

Le gouvernement a aussi renouvelé la perspective d'un projet de loi, relatif à l'adaptation de la société au vieillissement et à l'amélioration de l'accompagnement de la perte d'autonomie : y contribuent les missions, au cours du second semestre 2012, de Mme Pinville et de MM. Aquino et Broussy, dont les rapports ont été remis au début de l'année 2013. L'ambition des « 3 A » – Anticipation, Adaptation, Aménagement – de la ministre, Mme Delaunay, porte sur une loi qui ne se limitera pas aux questions d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, mais intégrera la totalité des volets de l'avancée en âge : prévention, aménagement et adaptation de la ville, des transports et de la vie sociale, modification des comportements collectifs. Reste le volet du financement, partiellement anticipé par l'instauration d'une contribution additionnelle sur les retraités imposables avec la CASA.

Le présent rapport comprend, comme chaque année, un chapitre d'analyse prospective et de préconisations du Conseil de la CNSA qui a choisi de s'exprimer sur des principes d'organisation et de pilotage des politiques publiques ayant un impact sur les parcours de vie des personnes. Il préconise une évolution en profondeur de nos politiques de santé vers une organisation plus intégrée. L'enjeu : la continuité des parcours de vie (moins de ruptures), la cohérence de ces parcours avec le projet de chacun (des choix moins contraints).

Le Conseil de la CNSA formule des préconisations inscrites dans une vision volontairement globale, qui dépassent les domaines sanitaires et médico-sociaux pour inclure d'autres questions essentielles : la vie sociale, l'inclusion scolaire, l'insertion professionnelle, la protection juridique, l'accès à la citoyenneté.

Autant d'aspects des parcours de vie qui relèvent d'une responsabilité collective des pouvoirs publics, aux niveaux national et local, et doivent faire l'objet d'un réel engagement partagé. La CNSA y contribuera avec toute son expertise, sous l'égide de son Conseil.

Les perspectives démographiques du vieillissement se confrontent désormais aux contraintes d'assainissement de nos finances publiques et aux exigences d'une solidarité qui ne peut plus renvoyer sur l'emprunt et sur les générations futures la mise en œuvre de nos politiques de soutien à l'autonomie. Le défi d'assurer les meilleures réponses à ces enjeux est, lui aussi, renouvelé.

Francis Idrac, Président du Conseil de la CNSA  
Luc Allaire, Directeur de la CNSA



## Jihane – Saint-Avé (56)

Jihane, six ans, est atteinte d'une maladie rhumatologique rare. De retour chez elle après un séjour de cinq mois à l'hôpital de Garches puis au centre de rééducation de Kerpape, elle partage sa vie quotidienne entre l'école et des soins à l'hôpital Chubert de Vannes.






# REPORTAGES



## **La maison Helena – Gévezé (35)**

Un habitat favorisant la convivialité, un accompagnement associatif et professionnel bienveillant envers les habitants avec la coordinatrice de l'association Helena pour continuer à bien vivre chez soi, dans un environnement familial.



# SOMMAIRE

---

## 04 Éditorial

Francis Idrac, Président du Conseil de la CNSA,  
et Luc Allaire, Directeur de la CNSA

## 10 Panorama

Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

## 12 Faits marquants 2012

Une année de forte mobilisation



**COG** ▶  
**OBJECTIF**  
**PRIORITAIRE**  
**n°1**

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

## \*01 GOUVERNANCE

14

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

## \*02 PROSPECTIVE

31

Promouvoir la continuité  
des parcours de vie



## \*03 EXÉCUTION DU BUDGET

58

**Chapitre 1** Le budget exécuté en 2012 section par section

65

**Chapitre 2** Les principales caractéristiques du budget 2012 :  
un retour à l'équilibre

## \*04 ACTIVITÉ

74

**Chapitre 1** Santé et aide à l'autonomie

Les actions de la CNSA pour optimiser les parcours de vie

92

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

Développement de l'offre, consolidation du pilotage

102

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

Animer les réseaux de professionnels et approfondir la connaissance

114

**Chapitre 4** Aides techniques et aides humaines

Une nécessaire complémentarité

124

**Chapitre 5** Études, recherche, innovation

Développer et diffuser la connaissance

140

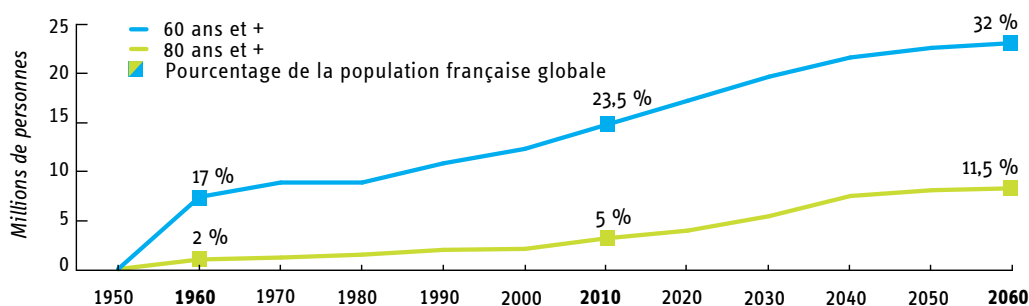
**\*Glossaire**

# LES CHIFFRES CLÉS DE L'AIDE À L'AUTONOMIE

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

## Vieillesse de la population française

Source : INSEE 2011.



## Espérance de vie (EV) à 65 ans, en 2010

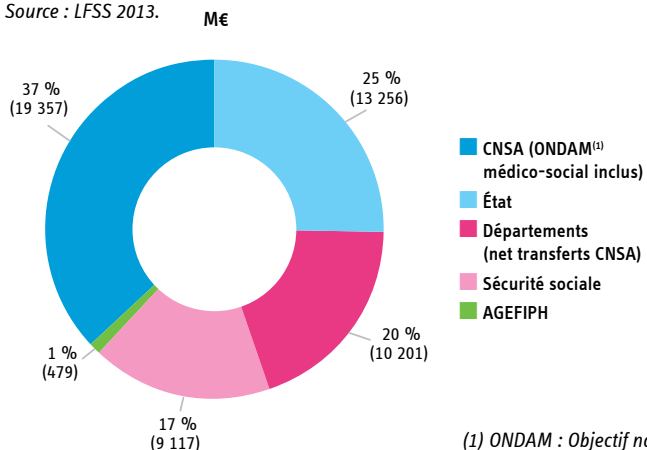
Source : EHLEIS 2013.



L'espérance de vie sans incapacité (EVS) à 65 ans est de 9,8 ans pour les femmes et de 9 ans pour les hommes.

## Contribution des financeurs publics à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Source : LFSS 2013.



**+ 50 %**

C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2012. Il atteint 16,5 milliards d'euros en 2012.

Source : CNSA 2013.

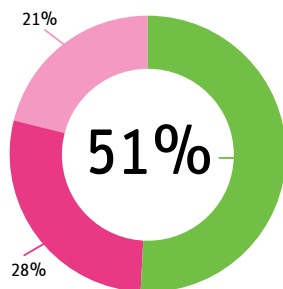
**21,271 Md€**

C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2013, soit + 50 % de 2006 à 2013.

(1) ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

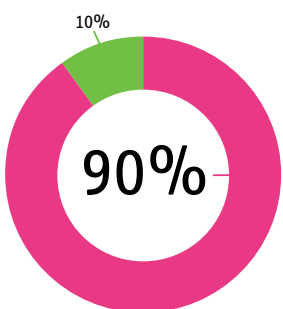
## 17 600

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



51 % des places pour personnes âgées dépendantes sont dans des établissements publics, 28 % dans des établissements privés à but non lucratif et 21 % dans des établissements privés à but lucratif.

Source : Finess décembre 2012.



90 % des établissements pour personnes handicapées appartiennent au secteur privé non lucratif et 10 % au secteur public.

Source : Finess décembre 2012.

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

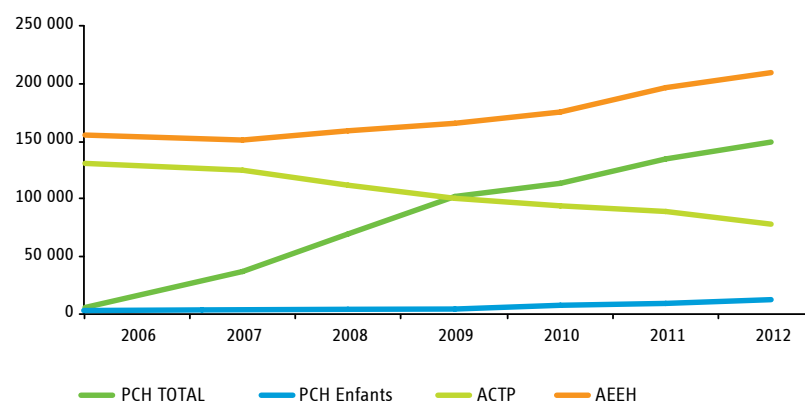
## 147 000

personnes ont été payées au titre de la PCH par les conseils généraux en décembre 2012.

Source : DREES (enquête 4<sup>e</sup> trimestre 2012).

### Bénéficiaires PCH - ACTP - AEEH

Sources DREES - CNAF - CNSA 2013.



## 1 228 000

C'est le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 décembre 2012, dont 735 000 à domicile et 493 000 en établissement.

Source : DREES 2011 (projections issues du groupe Charpin).



# UNE ANNÉE DE FORTE MOBILISATION

**JANVIER** / Système d'information

## Lancement de HAPI

La CNSA a financé et développé, pour et en étroite collaboration avec les ARS, l'outil HAPI : système d'information partagée pour l'harmonisation et la sécurisation des pratiques de tarification des établissements et services médico-sociaux. L'outil a pu être réalisé en un an. Son lancement a eu lieu le 18 janvier. Il a été utilisé pour la campagne budgétaire 2012.

➤ Page 92

**FÉVRIER** / Conseil extraordinaire de la CNSA

## La convention d'objectifs et de gestion État-CNSA adoptée

Lors de cette séance extraordinaire, le Conseil de la CNSA a approuvé à une majorité de 47 voix la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015. Les membres du Conseil ont également voté les priorités et orientations du plan d'aide à l'investissement 2012.

➤ Page 26

**FÉVRIER** / 2<sup>e</sup> rencontres scientifiques de la CNSA

## Colloque national sur les parcours de vie

Dans la continuité des premières rencontres scientifiques organisées en 2009, le colloque de février 2012 a porté sur la thématique des parcours de vie. Au cours des conférences plénières et des ateliers thématiques, chercheurs et professionnels – près de 700 participants – ont confronté leurs expériences et points de vue. Les actes du colloque sont disponibles sur le site de la CNSA.

➤ Page 134

**MARS** / Recherche dans le champ de l'autonomie

## Inauguration des trois chaires de la MSSH

La CNSA a signé un partenariat avec l'École des hautes études en santé publique pour la création et le financement de trois chaires dans le cadre de la Maison des sciences sociales du handicap. Les titulaires de ces chaires ont prononcé trois leçons inaugurales dans les locaux du Collège de France le 23 mars. Ces chaires visent à faciliter les échanges pour contribuer à la production et à la circulation des connaissances sur le handicap ainsi qu'à leur visibilité au niveau international.

➤ Page 129



**MARS** / schéma national Handicaps rares

## Signature de la convention du Groupement national de coopération

Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion sociale, a signé le 13 mars une convention d'objectifs et de moyens avec le Groupement national de coopération Handicaps rares qui réunit les trois centres de ressources nationaux. Le Groupement a pour objectif d'optimiser et de coordonner le développement et la diffusion des savoirs et savoir-faire dans le domaine de l'accueil, de l'accompagnement et de l'éducation de personnes souffrant de handicaps rares combinés.

➤ Page 78

**AVRIL** / Fonds de restructuration de l'aide à domicile

## Versement aux ARS des crédits destinés aux services en difficulté

La loi de finances pour 2012 a instauré un fonds de 50 M€, alimenté par des crédits du budget de l'État, destiné à apporter une aide financière ponctuelle aux services d'aide et d'accompagnement à domicile se trouvant en difficulté. La première partie de ce fonds (25 M€) a été versée en avril aux agences régionales de santé, chargées de le répartir entre les services éligibles.

➤ Page 62

**MAI** / Prix « Lieux de vie collectifs et autonomie »

## Six projets récompensés

Pour la sixième année consécutive, le prix CNSA « Lieux de vie collectifs et autonomie » a permis de mettre en valeur des bonnes pratiques en matière de réalisation médico-sociale. Avec ses partenaires du secteur médico-social et des acteurs de l'architecture, la CNSA a récompensé six projets innovants. À noter parmi les lauréats, en cette année où l'autisme est la Grande cause nationale : le Village de Sésame, à Messimy (69), qui accueille des adultes autistes dans un cadre de vie adapté.

➤ Page 100

# FAITS MARQUANTS 2012

## JUILLET / Partenariats

### Fin des entretiens de renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service CNSA-départements

En juillet s'est conclu le cycle de 100 entretiens menés tout au long du premier semestre dans le cadre du renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service qui lient la CNSA et les conseils généraux. Ces rencontres préparatoires à la signature des conventions ont permis des échanges très riches sur la mise en œuvre des politiques d'aide à l'autonomie.

➤ Page 102

## JUILLET / Conseil de la CNSA

### Intervention au Conseil de la CNSA des deux ministres déléguées

Le Conseil de la CNSA a accueilli Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, et Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Les deux ministres ont présenté leurs objectifs tout en affirmant leur volonté d'agir ensemble, dans une perspective de convergence et en partenariat avec le Conseil. Les ministres ont également annoncé un financement d'investissement supplémentaire de 50 M€ portant à 120 M€ le plan d'aide à l'investissement 2012, ainsi qu'une autorisation d'engagement de 50 M€ de crédits de médicalisation pour 2014.

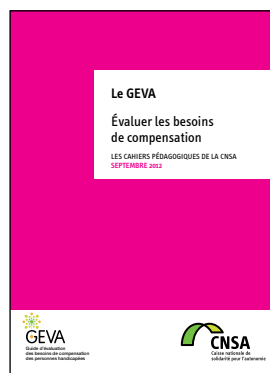
➤ Page 16

## SEPTEMBRE / Scolarisation des enfants handicapés

### Mise à disposition du GEVA-Sco

Dès 2010, la CNSA a coélaboré avec le ministère de l'Éducation nationale et les MDPH, en concertation avec les associations, des supports communs d'évaluation des besoins d'accompagnement de l'élève en situation de handicap et d'élaboration des réponses. Le GEVA-Sco, issu de ces travaux, est un support de recueil d'informations destinées à élaborer le projet personnalisé de scolarisation (PPS). Il a été mis à disposition des professionnels de l'Éducation nationale et des MDPH en septembre.

➤ Page 112



## SEPTEMBRE / Publications

### Création d'une nouvelle collection éditoriale : les « Cahiers pédagogiques de la CNSA »

Une nouvelle collection est venue enrichir les publications de la CNSA : les « Cahiers pédagogiques de la CNSA » ont pour objectif de transmettre une culture commune sur un sujet, par des présentations simples et synthétiques, pour une meilleure compréhension par nos partenaires. Le premier numéro, paru en septembre, est consacré au GEVA et à l'évaluation des besoins de compensation.

➤ Page 136

## OCTOBRE / Groupes d'entraide mutuelle

### Réunion nationale de bilan de l'activité des GEM

La CNSA assure le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), ces lieux de rencontres, d'échanges et de soutien des personnes en situation de fragilité en raison de leurs troubles de santé. Le bilan de l'activité de ces structures en 2011 a été présenté lors du premier comité national de suivi des GEM réuni le 18 octobre. Ce bilan confirme l'intérêt du dispositif.

➤ Page 74

## NOVEMBRE / Aides techniques

### Réunion plénière de l'Observatoire national du marché et des prix des aides techniques

L'Observatoire national du marché et des prix des aides techniques rassemble une quarantaine d'acteurs associatifs (personnes handicapées, consommateurs), privés (fabricants, distributeurs) et publics (services de l'État, caisses, organismes de statistiques et de recherche, universités). Il a tenu une réunion plénière le 3 novembre, animée par la CNSA, où différents travaux d'études ont été mis en commun.

➤ Page 121

## DÉCEMBRE / Colloque

### Communication et handicap rare

Les 12 et 13 décembre s'est tenu à Poitiers un colloque organisé par le Groupement national de coopération handicaps rares, consacré à « l'entrée en relation » et à la communication avec les personnes en situation de handicap rare et complexe. Au-delà de ses aspects techniques tout à fait intéressants, ce thème recouvre un enjeu éthique, de reconnaissance des personnes comme sujets et d'attention à ce qu'elles expriment.

➤ Page 81







# \*01

## GOUVERNANCE



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

➤ **p. 16**

**Le Conseil scientifique  
de la CNSA**

➤ **p. 21**

**Le fonctionnement de la CNSA**

➤ **p. 22**

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

➤ **p. 26**



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



## Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel

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

### **La mixité de sa composition**

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

Du fait de cette organisation, le Conseil a un double rôle. Comme un organe de gou-

vernance classique, il arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la Caisse dans le cadre de la convention qui la lie à l'État (COG). Mais il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects de la politique d'aide à l'autonomie, qui prend forme notamment dans le rapport annuel remis au Parlement et au gouvernement. Celui-ci dresse un diagnostic d'ensemble et comporte toute recommandation que la Caisse estime nécessaire.

### **La pondération des votes en son sein**

L'État, avec ses dix représentants, dispose de trente-sept voix sur un total de quatre-

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

## COMPOSITION DU CONSEIL



## INTERVIEWS

La CNSA possède un mode de gouvernance auquel nos associations sont très attachées. En tant que vice-président, élu au titre des associations représentant les personnes handicapées, je m'efforce de créer et faire vivre le lien entre les associations, son président et les autres composantes du Conseil pour que nos positions soient comprises et débattues.



**Jean-Marie Barbier,**  
Vice-président du  
Conseil de la CNSA

Avec la création de la CNSA, pour la première fois, le monde associatif a été associé aux décisions qui le concernent. J'apprécie tout particulièrement ce mode de gouvernance original et la liberté de parole qui règne au sein de son Conseil. Je regrette néanmoins que la convergence des dispositifs recommandée en 2007 n'ait pas encore abouti.



**Janine Dujay-Blaret,**  
Vice-présidente du  
Conseil de la CNSA

## \*01/GOUVERNANCE/Composition du Conseil

**6** représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ainsi que leurs six suppléants :

- **Jean-Marie Barbier**  
Association des paralysés de France.  
**Suppléant : Vincent Assante**  
Coordination handicap et autonomie.
- **Philippe Charrier**  
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.
- **Christel Prado**  
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**  
Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et 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 Queruel**  
Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif.  
**Suppléant : Arnaud de Broca**  
Fédération nationale des accidentés de la vie.

**6** 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.  
**Suppléant : Sylvain Denis**  
Fédération nationale des associations de retraités et préretraités.
- **André Flageul**  
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles.  
**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.
- **Marie-Odile Desana**  
Association France-Alzheimer.  
**Suppléant : Charley Baltzer**  
Adessa Adomicile  
Fédération nationale.
- **Michel Salom**  
Syndicat national de gérontologie clinique.  
**Suppléant : Claudy Jarry**  
Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.

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

- **Vincent Descœur**  
Président du Conseil général du Cantal.  
**Suppléant : Bruno Belin**  
Vice-président du Conseil général de la Vienne.
- **Bernard Cazeau**  
Sénateur, président du Conseil général de la Dordogne.  
**Suppléante : Marie-Françoise Lacarin**  
Vice-présidente du Conseil général de l'Allier.
- **Yves Daudigny**  
Président du Conseil général de l'Aisne.  
**Suppléante : Marie-Françoise Lacarin**  
Vice-présidente du Conseil général de l'Allier.
- **Jérôme Guedj**  
Président du Conseil général de l'Essonne.  
**Suppléant : Gérard Mauduit**  
Vice-président du Conseil général de Loire-Atlantique.
- **Gérard Roche**  
Président du Conseil général de Haute-Loire.  
**Suppléant : Guy Jacquy**  
Vice-président du Conseil général du Haut-Rhin.
- **Pascal Terrasse**  
Député de l'Ardèche et Conseiller général de l'Ardèche.  
**Suppléante : Gisèle Stievenard**  
Vice-présidente du département de Paris.



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

→ **Sylviane Spique**  
Confédération générale du travail.  
**Suppléante : Solange Fasoli**  
Confédération générale du travail.

→ **Annie Godo-Noël**  
Confédération française démocratique du travail.  
**Suppléante : Martine Dechamp**  
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**  
Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.  
**Suppléant : Alain Giffard**  
Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.

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

→ **Dominique Lery**  
Mouvement des entreprises de France.  
**Suppléante : Agnès Canarelli**  
Fédération française des sociétés d'assurance.

→ **Paulin Llech**  
Confédération générale des petites et moyennes entreprises (Fédération française de services à la personne – FEDESAP).  
**Suppléant : Antoine Fraysse**  
Confédération générale des petites et moyennes entreprises.

→ **Jean-Louis Maitre**  
Union professionnelle artisanale.  
**Suppléante : Élodie Corrieu**  
Union professionnelle artisanale.

**10** représentants de l'État :

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

→ **Thomas Fatome**  
Directeur de la sécurité sociale.

→ **Julien Dubertret**  
Directeur du budget.

→ **Jean-Paul Delahaye**  
Directeur de l'enseignement scolaire.

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

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

→ **Jean-Yves Grall**  
Directeur général de la santé.

→ **Denis Piveteau**  
Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

→ **Serge Morvan**  
Directeur général des collectivités locales.

→ **Agnès Marie-Egyptienne**  
Secrétaire générale du comité interministériel du handicap.

### 2 parlementaires :

→ **Martine Pinville**  
Députée de la Charente.

→ **Dominique Watrin**  
Sénateur du Pas-de-Calais.

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

→ **Michelle Dange**  
Fédération nationale  
de la mutualité française.  
**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.  
**Suppléante : Élodie Hemery**  
Fédération hospitalière de France.

→ **Adeline Leberche**  
Fédération des établissements  
hospitaliers et d'assistance privés  
à but non lucratif.  
**Suppléant : David Causse**  
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-Maumé**  
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.

### 3 personnalités qualifiées :

→ **Hélène Gisserot**  
Procureure générale honoraire  
près 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).

# LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE LA CNSA

## \*Rôle du Conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA est chargé de formuler des avis sur les questions d'ordre scientifique ou technique dont il est saisi par le directeur. Il a un rôle d'orientation de l'action scientifique de la Caisse. Il se réunit deux fois par an.

L'avis du Conseil scientifique, issu de ses travaux de l'année 2012, est publié page 127 du présent rapport.

## \*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, sont nommés au Conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en qualité d'experts :

### → Dominique Argoud

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

### → Amaria Baghdadi

PU-PH, responsable du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents du CHU de Montpellier.

### → Jean-Yves Barreyre

Sociologue, directeur du CEDIAS (Centre d'étude, documentation, information et action sociale) et de la délégation 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, 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 gérontologie (SFTAG), président du Centre national de référence santé à domicile et autonomie.

### → Alain Grand

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

### → Marie-Ève Joël

Professeure d'université en sciences économiques à Paris-Dauphine, directrice du LEGOS, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé, présidente du Conseil scientifique.

### → Alain Leplège

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

### → Jean-François Ravaut

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 INSERM, démographie et santé, président du Comité UIESP longévité et santé.

## Membres représentant un ministère ou un organisme :

### → Martine Bungener

Économiste, directeur adjoint du CERMES 3, représentant le CNRS.

### → Emmanuelle Cambois

Démographe, représentant l'INED.

### → Marie-Pierre Hervy

Médecin, chef de service des recommandations ANESM.

### → Catherine Chapel

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

### → Régis Gonthier

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

### → Meriam Barhoumi

Adjointe au chef du département métiers et qualifications, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) représentant le ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.

### → Sandrine Lair

Chef du bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves handicapés, Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), représentant le ministère de l'Éducation nationale.

### → Magda Tomasini

Sous-directrice de l'observation de la solidarité, 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 Pelissier

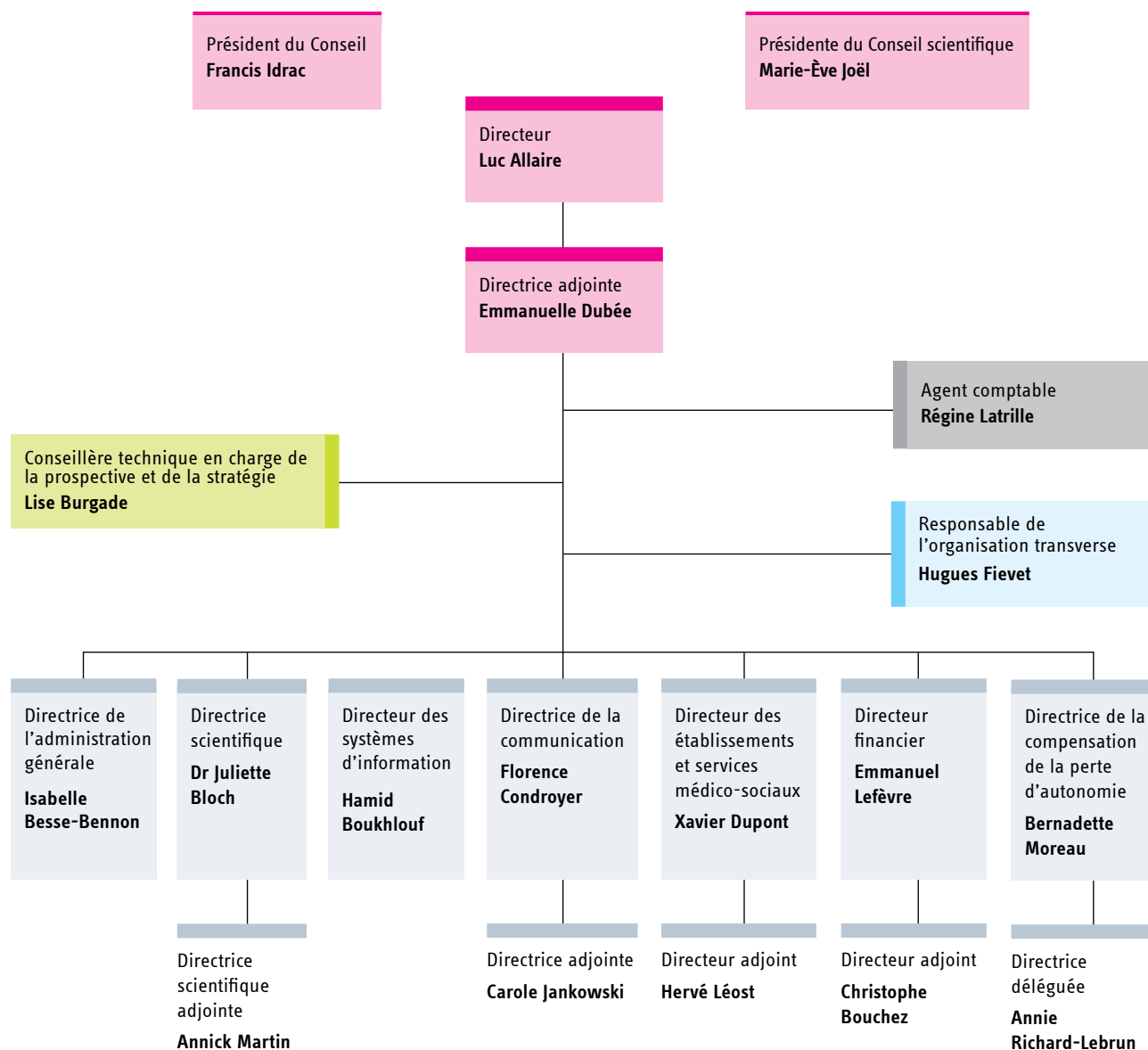
Représentant la SOFMER, chef du service de médecine physique et de réadaptation, CHU de Nîmes.

### → Isabelle Ville

Directrice de recherche à l'INSERM, directrice d'études à l'EHESS, représentant l'INSERM, psychosociologue.

## LE FONCTIONNEMENT DE LA CNSA

\*L'organisation de la CNSA (*Organigramme au 31 décembre 2012*)



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

## ★ Les missions des directions de la Caisse

Pour exercer ses missions, la CNSA est composée de huit directions, rattachées à la **Direction générale**.

En 2012, l'équipe de direction de la CNSA s'est en partie renouvelée, du fait de l'arrivée d'Emmanuelle Dubée, directrice adjointe, de Hamid Boukhrouf, directeur des systèmes d'information, de Xavier Dupont et Hervé Léost, respectivement directeur et directeur adjoint des établissements et services médico-sociaux, et de Lise Burgade, conseillère technique auprès du directeur, en charge de la stratégie et de la prospective.

### La direction scientifique

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

### La direction des établissements et services médico-sociaux

Cette direction est responsable :

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

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

Cette direction est en charge :

- de l'expertise dans le domaine des référentiels, barèmes et méthodes d'évaluation du handicap et de la perte d'autonomie ;
- de l'information et du conseil sur les aides techniques ainsi que de la contribution à l'évaluation de ces aides et à la qualité des conditions de leur distribution (à ce titre elle représente la CNSA au Comité économique des produits de santé – CEPS) ;

- de l'animation du réseau des MDPH, de l'échange de bonnes pratiques et de la recherche d'équité territoriale ;
- du suivi des indicateurs de qualité de service (conventions avec les départements).

### La direction financière

La direction financière est chargée de la coordination budgétaire et financière.

Elle assure la préparation et l'exécution du budget ainsi que la clôture des comptes. Elle est chargée de la comptabilité de l'ordonnateur. À ce titre :

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

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

Elle est en charge du contrôle interne de la Caisse et de la certification des comptes.

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

### L'agence comptable

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

- contrôle, exécution et comptabilisation des recettes et dépenses ;
- participation au comité de trésorerie et comptabilisation des opérations ;
- maniement des fonds et tenue des comptes de disponibilités ;
- élaboration du compte financier et reddition des comptes ;
- conseil auprès de l'ordonnateur en matière financière et comptable.

### La direction de la communication

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

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

- elle conçoit et diffuse des supports d'information



et assure la production éditoriale des publications de la CNSA à destination des réseaux de professionnels ;

- elle est responsable de l'animation éditoriale du site Internet de la CNSA ;
- elle vient en appui des autres directions dans la mise en œuvre d'actions de communication ;
- elle coordonne ou assure la communication à l'occasion des manifestations extérieures que la Caisse organise ou auxquelles elle participe ;
- elle est chargée des relations avec les médias.

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

En 2012, cette direction a préparé la perspective d'une réduction d'effectifs, prévue par la COG et devenue réalité le 1<sup>er</sup> janvier 2013 avec le départ d'un agent à la retraite, non remplacé. Il s'est donc agi de réviser la stratégie de communication et de

préparer une réorganisation de l'équipe. En outre, la CNSA a procédé au choix d'une nouvelle agence de communication.

#### La direction de l'administration générale

Cette direction est responsable de :

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

#### La direction des systèmes d'information

Les principales missions confiées à la direction des systèmes d'information (DSI) consistent à :

- structurer, réaliser et mettre en œuvre l'ensemble de l'infrastructure technique et logicielle





L'ensemble des collaborateurs de la CNSA présents le 27 mai 2013

nécessaire au fonctionnement de la CNSA ;

- concevoir et déployer des applications permettant l'échange d'information avec les agences régionales de santé (ARS), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les services des collectivités territoriales et locales ;
- participer ou réaliser des études dans le domaine de systèmes d'information transverses.

En 2012, la DSI a poursuivi les efforts de fiabilisation du système d'information et d'industrialisation des processus internes. Dans le champ des systèmes d'information médico-sociaux et de santé, qui font intervenir un grand nombre d'acteurs, l'année 2012 a été celle de la stabilisation de la gouvernance, notamment sous l'égide de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS, créée en 2011). Ainsi, la CNSA prend désormais part au « comité stratégique SI Autonomie ».

### ★ Le personnel de la CNSA

Pour l'année 2012, le plafond d'emploi de la CNSA correspond à 106 équivalents temps-plein (ETP). Il a été augmenté dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 entre l'État et la CNSA. Au 31 décembre 2012, 74 personnes étaient embauchées sous contrat de droit privé relevant de la convention UCANSS (dont 2 en CDD) et 29 étaient des agents de la fonction publique (dont 9 en CDD de droit public).

L'équipe de la CNSA est très féminisée. En effet, les femmes représentent 65 % de la population totale. La moyenne d'âge était de 42,42 ans pour les hommes et de 40,94 ans pour les femmes.

En 2012, la CNSA a accueilli 17 stagiaires au sein des directions métiers et supports.

La CNSA employait 5 travailleurs reconnus handicapés à la fin de l'année 2012.



## LES RÉSEAUX DE LA CNSA : PARTENAIRES ET RELAIS TERRITORIAUX

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

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

### \*Les agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) sont, depuis leur création le 1<sup>er</sup> avril 2010, le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux, leur tarification dans le cadre des crédits que la CNSA administre au plan national. La CNSA leur délègue la répartition des aides à l'investissement qu'elle finance. Elles constituent aussi des relais de terrain pour d'autres actions comme le soutien au secteur de l'aide à domicile et à sa modernisation, dans les départements avec lesquels la CNSA n'a pas signé de convention, le financement des groupements d'entraide mutuelle (GEM) et le déploiement des MAIA (cf. p. 85).

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

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

### \*Les conseils généraux

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

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

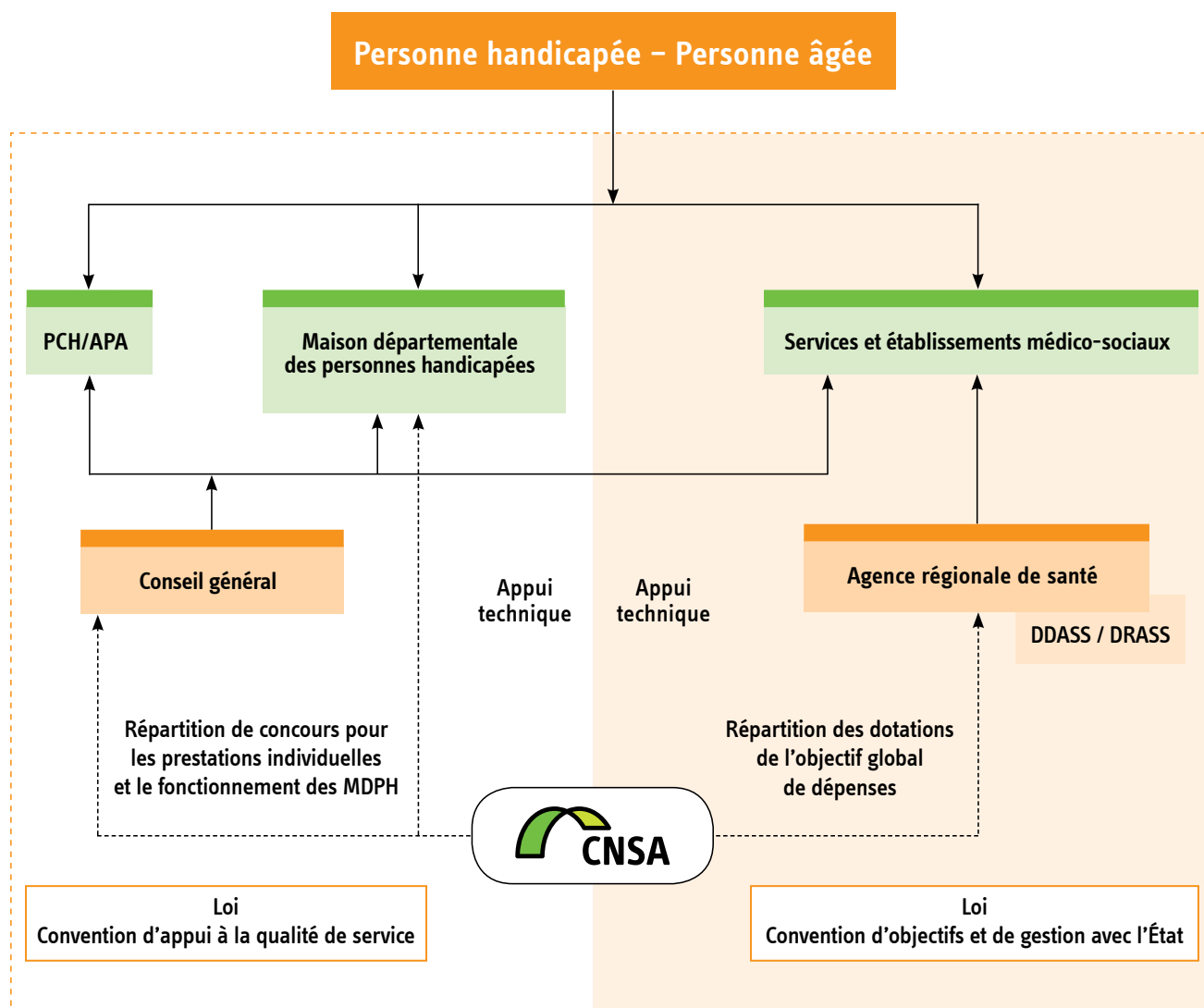
La Caisse et les départements signent des « conventions d'appui à la qualité de service », vecteurs d'une aide financière pour le fonctionnement des MDPH (60 M€ en 2012).

### \*Tutelle et partenaires institutionnels

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

Un **comité de suivi semestriel** réunit la CNSA et les directions d'administration centrale (DGCS, DGOS, DSS, DB, DREES, SGMCAS<sup>1</sup>, contrôleur financier) pour faire le point sur l'avancement des actions. Le Conseil de la CNSA est informé de la mise en œuvre de la COG lors de sa séance de juillet à l'occasion d'un point d'étape annuel.

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



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

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

#### Des partenaires dans le champ médico-social

Membre depuis 2007 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements

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

#### Un réseau partenarial dense et dynamique

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

- l'Assemblée des départements de France (ADF) ;
- l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes

handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;

- l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
- l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) ;
- l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) ;
- la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- la Fondation de coopération scientifique Alzheimer ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) ;
- l'Agence nationale pour la recherche (ANR).

### \*Les autres partenaires du secteur

La CNSA entretient également des relations partenariales avec les associations et fédérations représentatives des usagers et des organismes gestionnaires. Ce partenariat se traduit par des conventions (par exemple dans le domaine de la modernisation et de la professionnalisation des services d'aide à domicile), des subventions accordées à des projets d'études, mais aussi des travaux menés en commun (comme le chantier relatif au suivi par les MDPH de l'effectivité des orientations en établissements et services prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

## L'ESSENTIEL

La CNSA s'inscrit dans un paysage institutionnel et partenarial qui fait intervenir pouvoirs publics, nationaux et locaux, associations représentatives des usagers, unions et fédérations de structures gestionnaires, caisses de sécurité sociale, etc. Cet environnement se reflète au sein même de la gouvernance de la Caisse, le Conseil de la CNSA

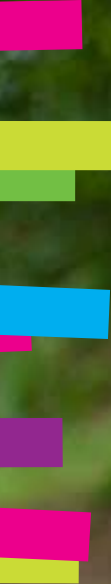
jouant le rôle de « parlement du secteur médico-social », et dans les relations nourries qu'elle entretient avec chacun des principaux acteurs dans le cadre de ses compétences.

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

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







## \*02/PROSPECTIVE

Une réponse insuffisamment cohérente aux besoins pluriels  
des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie P. 35

Faire évoluer nos politiques de santé  
vers une organisation plus intégrée P. 42

# Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé

## Préambule : pour une approche globale des parcours de vie

**E**n ratifiant il y a bientôt trente ans la Charte d'Ottawa, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé le 21 novembre 1986, la France a confirmé son adhésion à **une approche globale de la santé**. Cette approche globale, telle qu'elle avait été introduite par l'OMS en 1948, prend en compte la **diversité des déterminants de la santé** devant permettre à l'individu d'être **acteur de son projet de vie**.

« La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit,

travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé. »

**La France s'est alors engagée**, notamment, « à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé ; à partager leur pouvoir avec d'autres

secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ». Elle a également signé la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées dans laquelle elle s'engage à fournir aux personnes handicapées « des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes », « les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap », et ce « aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ».



Le Code de l'action sociale et des familles souligne le caractère multidimensionnel de l'action sociale et médico-sociale, complémentaire des soins :

Article L. 116-1 : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales (...). »

Le chemin était donc tracé pour faire en sorte que les professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social mobilisent des approches et des savoir-faire spécifiques mais également complémentaires, dans le respect de l'intégrité de la personne.

Cette approche systémique et longitudinale prend une acuité particulière pour les personnes en situation de handicap dont le parcours de vie est intimement lié à leur état de santé, et à une époque où l'augmentation des **maladies chroniques** oblige à envisager les **soins** non plus comme une intervention ponctuelle et purement sanitaire mais comme un **élément d'un parcours**.

Cette conception se retrouve aussi pleinement dans la **définition du handicap** posée par la loi du 11 février 2005<sup>1</sup>.

Comme la CNSA le soulignait dans son dernier rapport, la présence quasi systématique, dans les **plans de santé publique** conçus par pathologie, de mesures relatives à l'accès aux droits et à l'information, à la compensation des conséquences des maladies sur la vie quotidienne, au soutien des proches aidants, et à la continuité des parcours, est significative : ces problématiques sont transversales, intimement imbriquées avec les problèmes de santé au sens strict.

Les soins se conjuguent ainsi avec le maintien et le développement des capacités de la personne à agir sur les déterminants de sa santé et le « prendre-soin » assuré par son entourage et par les professionnels. Plus encore que le besoin de soins, l'accompagnement médico-social

au niveau individuel implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une **évaluation personnalisée**.

**La parole et les choix de l'usager sont centraux** : « cette capacité à écouter la personne dans la complexité et la diversité de ses besoins, à accompagner l'expression d'un savoir profane, est une marque – hélas sous-estimée – de la prise en charge médico-sociale<sup>2</sup> ». L'expression d'un projet de vie permet de rechercher en permanence la plus grande cohérence possible entre, d'une part, les aspirations de la personne, ses ressources et ses capacités, et, d'autre part, les aides et accompagnements qui lui sont proposés. En effet, doivent être pris en compte à la fois **son projet de vie** personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources.

Ces différentes dimensions seront amenées à **évoluer tout au long de la vie** de la personne et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, en fonction de ses besoins, de ses choix et de l'évolution de son environnement (tolérance de la société envers la différence, adaptation des réponses, accessibilité...). **Loin d'être linéaires, les parcours des usagers les amènent à avoir recours à plusieurs « composantes » de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative. Ainsi, « l'accompagnement sanitaire et l'accompagnement social se superposent, et plus encore : se commandent mutuellement<sup>3</sup> ».** Il en est de même pour la scolarisation des enfants handicapés. Les enseignants de l'école ordinaire et les

<sup>1</sup> « Art. L. 114. – Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

<sup>2</sup> Denis Piveteau (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in *Revue hospitalière de France*, n° 544, janvier-février 2012.

<sup>3</sup> Ibid.





professionnels spécialisés du secteur médico-éducatif doivent adopter des « logiques de co-intervention » dans la mesure où leurs domaines respectifs « se recouvrent et se superposent<sup>4</sup> ».

La clé d'entrée pertinente n'est plus l'*offre* et ses différentes *catégories* (logique de « lits et places »), ou les *frontières* entre *territoires institutionnels*, mais l'*usager* et ses *besoins* et *attentes*, le partage d'*objectifs* communs au service des personnes.

Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue à la **prévention** et à l'**anticipation des moments charnières**, des **risques de ruptures** et de **dégradation de l'état de santé**, à l'**agencement des différents accompagnements** entre eux et à leur **capacité à évoluer**

<sup>4</sup> Hervé Benoît (2012), « Pluralité des acteurs et pratiques inclusives : les paradoxes de la collaboration », in *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 57.

## Quelle définition du « **parcours de vie** » ?

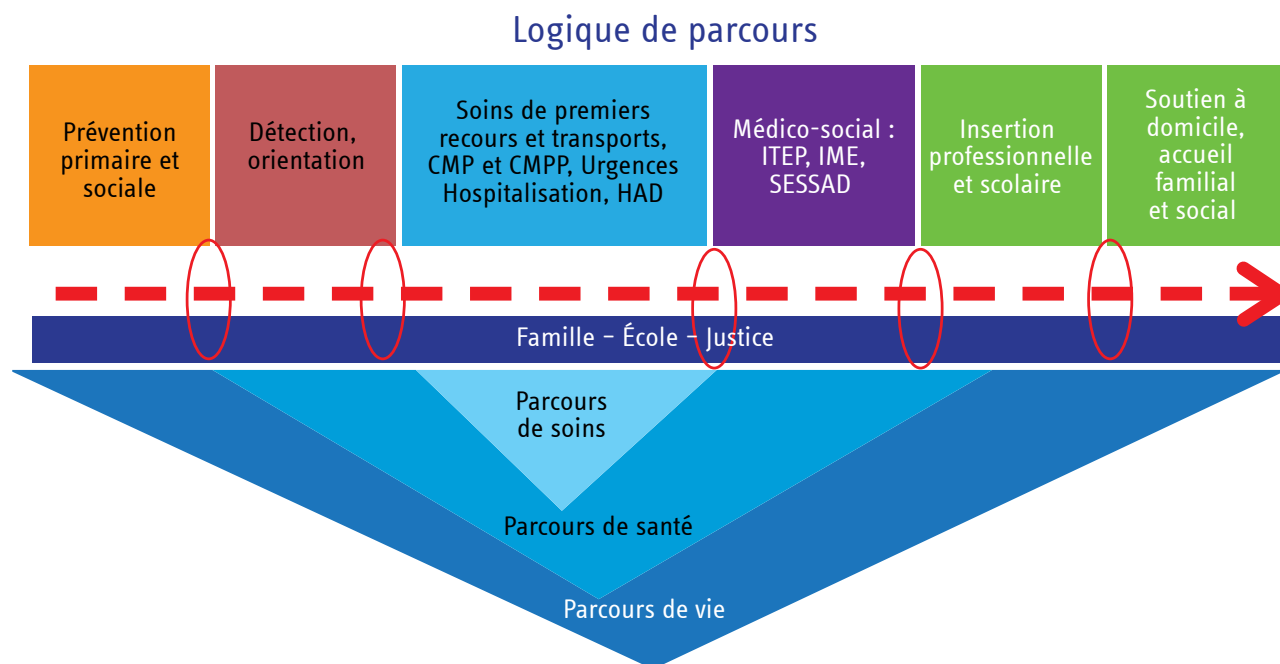
La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'**ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît**. Ces derniers affectent son **bien-être physique, mental et social**, sa **capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie**, ses **interactions avec son entourage**, sa **participation à la vie sociale**.

Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, **interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation,**

**justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement** qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...).

Pour le Conseil de la CNSA, les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, **dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine**.



Source : ARS Languedoc-Roussillon (2012), *Les parcours de santé – Santé mentale des adolescents* (présentation au séminaire de direction ARS à Paris le 20/09/2012).

**dans le temps** avec les besoins et attentes de la personne (la notion de parcours comporte un caractère nécessairement dynamique). En effet, ainsi que l'écrivent l'Assemblée des départements de France et plusieurs fédérations du monde du handicap<sup>5</sup>, « le parcours de vie d'une personne adulte en situation de handicap ne doit plus s'identifier à son séjour dans un établissement. Ce parcours est constitué – comme pour tous nos concitoyens – d'une série d'étapes et de changements en termes notamment de mode de vie, de lieu de vie, de mobilité résidentielle, d'activités et de situations relationnelles... ».

**La continuité des parcours de vie est un enjeu de qualité de vie et de bien-être, donc de santé.** « Les

patients aspirent à ce que le séjour hospitalier ne soit pas, ou le moins possible, synonyme de rupture avec la vie professionnelle, familiale et sociale. Confrontés à une complexité croissante des recours disponibles, ils attendent des réponses de plus en plus globales, des réponses qui intègrent le soin, l'éducation, la prévention et l'information, facilitent l'accès aux services, et en garantissent la sécurité et la continuité.<sup>6</sup> »

**Aux yeux du Conseil de la CNSA, l'expression « parcours de vie » est préférable aux termes « parcours de soins »** (limités aux impacts pour le secteur sanitaire) ou « **parcours de santé** » (qui risque d'être interprété de façon restrictive aux seuls secteurs sanitaire et médico-social) : c'est en effet l'ensemble des dimensions

de la situation des personnes (y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle...) qui doivent être prises en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement.

<sup>5</sup> ADF / Organisations du secteur du handicap (2012), « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », *Protocole d'accord et déclaration commune*.

<sup>6</sup> Michel Cremadez et Édouard Bichier (2012), « Du séjour au parcours de soins – Les obstacles culturels et organisationnels », in *Revue hospitalière de France*, n° 546, mai-juin 2012.

## Une réponse insuffisamment cohérente aux besoins pluriels des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie

### Un système fragmenté

L'action publique dans le champ de la santé et de l'action sociale se caractérise par une **fragmentation en sous-secteurs aux cultures institutionnelles, aux expertises professionnelles et aux leviers d'intervention propres** : le secteur ambulatoire, le secteur hospitalier, le secteur social, le secteur médico-social, le « secteur personnes âgées », le « secteur personnes handicapées », le « secteur santé mentale », etc. Dans le champ de la santé (au sens large, incluant le social et le médico-social), **l'enchevêtrement des compétences de régulation** s'ajoute à la fragmentation des acteurs : l'articulation entre le niveau régional auquel a été déconcentrée l'action de l'État et de l'assurance maladie (ARS) et le niveau départemental auquel ont été en partie décentralisées les politiques d'action sociale reste difficile.

Le caractère sectoriel des politiques publiques et la spécialisation accrue des acteurs produisent des **cloisonnements qui entrent en contradiction avec le caractère multidimensionnel des problèmes à traiter**, et notamment le besoin

de réponses globales, cohérentes et rapides aux situations des usagers du système de santé. C'est particulièrement le cas quand ces situations sont complexes et font appel à plusieurs compétences, plusieurs formes d'accompagnement.

**Il est important de souligner que le constat de ce paradoxe entre un paysage fragmenté et un besoin de réponses cohérentes et globales est partagé par l'ensemble des acteurs du secteur**, comme en attestent par exemple les prises de position des membres du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)<sup>7</sup>, du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie<sup>8</sup> ou de la Conférence nationale de santé<sup>9</sup>.

**Il n'est en outre pas propre à la France**, comme le souligne la littérature relative à l'organisation des systèmes de santé à l'étranger<sup>10 11</sup>. Le Conseil regrette la fragmentation du système, c'est-à-dire le manque d'articulation entre ses composantes : il ne souhaite pas voir remise en question la pluralité des réponses qui existent au regard de la diversité des besoins et des attentes des personnes ; c'est bien **l'organisation** et la cohérence de ces réponses qui sont en cause.

### Un système incomplet : une offre insuffisamment diversifiée et trop rigide

★ **Une offre encore trop peu diversifiée et un soutien à domicile à renforcer**

**Une adaptation et un assouplissement du cadre juridique d'exercice des établissements apparaissent nécessaires.** Les modalités d'agrément et d'autorisation des établissements et services constituent un facteur limitatif de leur capacité à s'ouvrir vers de nouveaux modes d'intervention. En outre, la procédure d'appels à projets est peu adaptée à la recherche d'optimisation de l'existant. Des leviers spécifiques manquent aujourd'hui aux ARS pour impulser et accompagner ces évolutions tout en laissant une place à l'innovation et à la créativité des acteurs de terrain.

Si la priorité affichée par les pouvoirs publics est bien de permettre à chacun de vivre à domicile s'il le souhaite, **l'organisation d'un accompagnement coordonné faisant intervenir plusieurs professionnels reste plus difficile à mettre en place à domicile qu'entre les murs d'un établissement.** Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH) ou encore d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) apportent **une aide essentielle** aux personnes sur leur lieu de vie. Ce « maintien à domicile » permis par des intervenants et des services ne constitue pas une fin en soi mais est un vecteur pour accompagner au quotidien les personnes et favoriser ainsi leur inclusion en tant que citoyen et acteur social.

<sup>7</sup> Notamment dans son rapport de fin de mandature (2012) : [http://www.unisda.org/IMG/pdf/Version\\_finale\\_rapport\\_CNCPH\\_2012\\_01-08.pdf](http://www.unisda.org/IMG/pdf/Version_finale_rapport_CNCPH_2012_01-08.pdf)

<sup>8</sup> HCAAM (2012), *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* ; HCAAM (2011), *Assurance maladie et perte d'autonomie* ; HCAAM (2012), *Synthèse thématique des rapports publiés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie depuis 2004*.

<sup>9</sup> Conférence nationale de santé (2012), *Conduire le changement vers un système de santé renouvelé et encore plus solidaire - Contribution du 5 avril 2012 au débat électoral 2012* ; Conférence nationale de santé (2012), *Avis du 5 avril 2012 portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale dans sa version du 10 janvier 2012*.

<sup>10</sup> Voir par exemple l'analyse comparative des manques de coordination vécus par les patients ayant des besoins complexes dans 11 pays : Cathy Schoen et al. (2011), « New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated », in *Health Affairs*, vol. 30 : n°12.

<sup>11</sup> Dennis Kodner (2009), « All together now : A conceptual exploration of integrated care », in *Healthcare Quarterly*, vol. 13, numéro spécial. Ce spécialiste américain constate une « sérieuse inadéquation entre les besoins complexes d'un nombre croissant de personnes âgées fragiles et de personnes ayant des maladies chroniques et des handicaps d'une part, et l'orientation de plus en plus anachronique de notre système de santé vers les soins médicaux aigus et épisodiques d'autre part ».

**Cependant, le secteur du domicile est traversé de difficultés structurelles** (liées notamment à son mode de financement) **et caractérisé par des articulations complexes entre intervenants** dont les compétences et modes d'intervention sont différents et complémentaires (SAAD, SSIAD, hospitalisation à domicile, mais aussi accueils séquentiels comme les accueils de jour, etc.). Le dispositif des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui permettrait de faire émerger un acteur généraliste du domicile proposant une réponse intégrée aux besoins, peine à se développer. Malgré la simplification des démarches administratives régissant leur création et l'intérêt que peut représenter l'organisation en SPASAD, le fichier FINESS ne recense à ce jour qu'un peu plus de quatre-vingts structures autorisées au titre du SPASAD sur tout le territoire. Les freins liés à la double tutelle et aux doubles financements (ARS – conseil général), à l'absence de reconnaissance des temps de coordination dans la tarification des services<sup>12</sup> et aux différences de culture professionnelles persistent.

**Les objectifs de diversification de l'offre et de renforcement des services d'accompagnement permettant de respecter le choix de vie de chacun ne sont donc à ce jour que partiellement atteints.**

Enfin, les **formes d'habitat « alternatives »** à la vie en domicile ordinaire et à l'hébergement médico-social se développent aujourd'hui de façon spontanée, **inégalement soutenues** par les pouvoirs publics, et dans **un cadre juridique non stabilisé**<sup>13</sup>. Une vision réellement globale de ces

« formules intermédiaires » n'est pas disponible à ce jour, pas plus que des évaluations partagées de leurs intérêts et inconvénients.

### \* Un besoin de souplesse dans l'accès à l'offre

Dans le cas des personnes en situation de handicap, les **modalités de recours et d'accès à l'offre** (notamment via l'orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – CDAPH) sont également interrogées.

Ainsi, l'Assemblée des départements de France et les organisations du secteur du handicap auteures du protocole d'accord « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation » partagent le constat selon lequel « les structures d'hébergement et d'accompagnement à la vie sociale financées par l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes handicapées adultes sont aujourd'hui très diverses (...). **Paradoxalement cette diversification entraîne aujourd'hui une rigidité du dispositif d'hébergement et d'accompagnement social compte tenu du fait que l'orientation par les CDAPH se fait vers une structure spécifique.** La « spécialisation » de ces structures empêche leur modularité et leur adaptabilité par des changements rapides d'orientation et d'offre de service et entraîne aussi une discontinuité dans les parcours et les accompagnements des personnes.<sup>14</sup> » Une réflexion est en cours pour faciliter l'adaptation des solutions mises en place au gré de l'évolution des situations des personnes (dont certaines

se caractérisent par leur grande variabilité au cours du temps), par exemple en ce qui concerne les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) (cf. p. 77).

Le CNCPH<sup>15</sup> affirme également qu'il importe « de **garantir la mobilité à plusieurs niveaux : géographique** (pouvoir choisir un autre lieu de vie de manière provisoire ou définitive sans rupture de l'accompagnement), **vers le milieu ordinaire** (coopérer avec le secteur éducatif et développer des solutions mixtes), **entre la vie à domicile et la vie en établissement** (développer des accueils séquentiels ou temporaires, faciliter les différents modes d'interventions), etc. **Cette mobilité doit résulter d'un choix de la personne** et non d'une incapacité de l'établissement à s'adapter aux évolutions des besoins. »

**Mais l'organisation de l'offre d'accompagnement et de soins ne permet pas cette souplesse.** Dans le cas du secteur médico-social, il s'agit en partie d'une conséquence de la multiplicité des financeurs. Ainsi, « le paradoxe est que [le secteur médico-social], pourtant le plus propice au croisement des cultures et à la combinaison des accompagnements, est aussi – et peut-être précisément pour cette raison – celui qui est le plus traversé de barrières et d'obstacles budgétaires et institutionnels<sup>16</sup> ».

La plus grande personnalisation des réponses apportées aux personnes doit donc passer à la fois par une diversification de l'offre susceptible de leur être proposée, et par un assouplissement des modalités de recours à cette offre. **La répartition de l'offre sur les territoires doit**

<sup>12</sup> Les expérimentations tarifaires en cours dans un certain nombre de départements visent à tenir compte des temps de coordination.

<sup>13</sup> Pour des exemples d'initiatives et des questions liées au cadre juridique, cf. : ADPA (2013), *Habitats groupés, domiciles partagés, structures intermédiaires : recherche de possibles pour bien vivre ensemble*.

<sup>14</sup> ADF / Organisations du secteur du Handicap (2012), « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », *Protocole d'accord et déclaration commune*.

<sup>15</sup> Rapport de fin de mandature (2012) : [http://www.unisda.org/IMG/pdf/Version\\_finale\\_rapport\\_CNCNH\\_2012\\_01-08.pdf](http://www.unisda.org/IMG/pdf/Version_finale_rapport_CNCNH_2012_01-08.pdf)

<sup>16</sup> Denis Piveteau (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in *Revue hospitalière de France*, n° 544, janvier-février 2012.



également être améliorée de façon à permettre à chacun l'accès à une palette de solutions diversifiées.

### Une prise de conscience croissante, bien que tardive

#### ★ L'inadéquation de l'organisation du système de santé devient plus visible

Les sociétés développées connaissent une **transition épidémiologique**. L'Institut national des études démographiques (INED) définit cette transition de la façon suivante : « Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. »

Or, l'organisation de notre système de santé, tournée principalement vers la prise en charge d'épisodes aigus, est **moins adaptée à l'accompagnement de situations sur une longue durée**, qui sont de plus en plus nombreuses. **Le centre du système se déplaçant de l'hôpital vers la personne** dans ses différents lieux de vie (y compris ses lieux d'activité et de participation sociale), les conséquences de la fragmentation des acteurs deviennent plus visibles et plus prégnantes. En effet, « **dans les situations de chronicité, la qualité du soin est une qualité globale, soignante et sociale**. Elle se mesure sur l'ensemble du

« parcours de soins » de la personne malade, le faisant évoluer vers un parcours de « santé »<sup>17</sup>. L'articulation entre les interventions « soignantes et sociales » est donc déterminante. Comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans le cas des situations de chronicité, les « **défauts de coordination** sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des **coûts évitables** pour l'assurance maladie »<sup>18</sup>.

Cette problématique n'est pas nouvelle pour les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie... Elle devient cependant aujourd'hui plus visible. Dans un contexte de fortes contraintes pesant sur les équilibres budgétaires, on voit donc que l'argument de l'insatisfaction des usagers et de la non-qualité est renforcé par celui de dépenses inutiles et de surcoûts pour la collectivité.

#### ★ Une prise de conscience croissante mais des réalités différentes derrière le terme « parcours »

Dans ce contexte et face à ce constat partagé, la notion de parcours (parcours de soins, parcours de santé ou plus largement parcours de vie) **tend à devenir un nouveau paradigme autour duquel s'articulent les propositions d'amélioration du système de santé et des politiques publiques en direction de publics fragiles**.

Dans le champ de la recherche, selon le sociologue Dominique Argoud, l'adoption du vocable de parcours « reflète une tendance de fond dans les sciences humaines et sociales

consistant à **privilégier des approches biographiques et compréhensives pour mieux appréhender la complexité des comportements humains**.<sup>19</sup> » Les travaux de sciences économiques et de sociologie relatifs aux « temps de la vie », aux « cycles de vie », se sont d'abord intéressés aux grandes évolutions sociales, aux tendances observées au niveau macro et aux « grandes étapes » de la vie sous l'angle des rôles sociaux assurés aux différents âges<sup>20</sup>, pour s'intéresser progressivement au niveau micro à travers l'analyse de parcours de vie individuels<sup>21</sup>.

Dans le champ des politiques de santé, depuis 2004, le vocable de parcours est **utilisé par l'assurance maladie dans le cadre du dispositif du « parcours de soins coordonné »**, reposant sur une incitation à suivre un parcours-type conditionnant les modalités de remboursement des soins par l'assurance maladie<sup>22</sup>.

Au niveau de la planification régionale et départementale, l'emploi croissant de ce vocable<sup>23</sup> témoigne d'une recherche de décloisonnement. **Une organisation cohérente au niveau territorial doit pouvoir contrebalancer la logique sectorielle** qui a traditionnellement dominé.

Au niveau national également, les administrations et les agences inscrivent progressivement leurs actions dans ce paradigme. **L'acception peut différer cependant, tous les acteurs ne mettant pas derrière le terme de parcours le même contenu de sens (et n'identifiant pas les mêmes acteurs « pivot » ni les mêmes schémas organisationnels cibles) :**

<sup>17</sup> HCAAM (2012), « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Dominique Argoud, Interview de février 2013 parue dans *Union sociale*, n° 264.

<sup>20</sup> Pierre Lénel (2003), *Parcours de vie. Constats et analyses sociologiques*, Document N°1-1 de la séance plénière du 13 février 2003 du Conseil d'orientation des retraites.

<sup>21</sup> Voir par exemple : Jean-Yves Barreyre, Patricia Fiacre, Vincent Joseph, Yara Makdessi (2008), *Une souffrance maltraitée - Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*, recherche réalisée pour l'ONED et le CG 95.

<sup>22</sup> La Cour des comptes le qualifie cependant de « dispositif essentiellement tarifaire » « vidé de tout contenu médical ». Cf. : Cour des comptes (2013), *Rapport public annuel 2013*.

<sup>23</sup> Voir les travaux de capitalisation des projets régionaux de santé réalisés par le Secrétariat général des ministères sociaux et de consolidation des schémas régionaux d'organisation médico-sociale en cours de réalisation par la CNSA.

- d'une vision encore très centrée sur le soin...
  - le HCAAM a centré ses travaux sur les parcours et trajets « de soins » ;
  - la Haute Autorité de santé produit des recommandations relatives aux parcours de soins ;
  - le comité de pilotage dit « PAERPA » (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) appuyé par la Direction de la sécurité sociale se concentre sur la fluidité des parcours de soins, les « aides sociales » devant être « activées » au service d'une meilleure utilisation de l'hôpital ;
- ... à une vision plus transversale entre les soins et le médico-social (travaux de l'ANAP sur les parcours de santé), mais sans vision réellement globale en termes de « parcours de vie ».
- et à une vision embrassant les champs sanitaire, médico-social et social avec le lancement en 2008, à l'occasion du plan national Alzheimer, d'organisations intégrées (les MAIA) dans l'objectif de fluidifier les parcours de vie des personnes âgées.

Ces différents travaux placés sous le signe des « parcours » témoignent d'une prise de conscience partagée, mais la cohérence de la stratégie reste à construire.

### Des réponses partielles qui ne vont pas assez loin pour former une réponse structurelle

#### ★ Les dispositifs de coordination mis en place successivement ne constituent pas des réponses suffisamment globales

Le diagnostic de la fragmentation des acteurs et du manque de continuité des services proposés aux personnes

a conduit à des **initiatives multiples des pouvoirs publics** pour améliorer la coordination. L'histoire de ces dispositifs est retracée dans le rapport de recherche du Centre de gestion scientifique des mines, qui met en évidence **leur empiement**<sup>24</sup>.

**Dans le champ des personnes âgées**, la question est posée depuis les années 1930 ! Très liée à la question de la planification de l'offre dans les années 1960 et 1970, la notion de coordination trouve une traduction plus concrète à partir de 1981 (identification de coordonnateurs) mais sans grand succès. Différentes formes de réseaux se développent dans les années 1990. Ils sont institutionnalisés au début des années 2000, alors que sont aussi créés des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), mais également des équipes médico-sociales des départements en charge de l'attribution de la prestation spécifique dépendance (PSD, 1997) puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, 2001), et des filières de soins gériatriques (2002).

**Ces dispositifs ont permis des avancées. Cependant, leurs domaines d'action restent :**

- **distincts et partiels** : les réseaux et les CLIC<sup>25</sup> ne sont pas réellement légitimes pour mobiliser les acteurs situés en dehors de leurs champs d'action respectifs (difficulté d'accès aux acteurs du social pour les réseaux, et aux acteurs du sanitaire pour les CLIC), et sont loin d'être homogènes et généralisés sur tout le territoire, notamment du fait d'évolutions des politiques publiques contribuant à interrompre leur déploiement avant qu'il ne soit achevé (cf. décentralisation des CLIC en 2004). Il reste donc des zones

de ruptures, de discontinuité des accompagnements, défavorables aux usagers.

- **limités à un rôle de coordination**, sans amener d'évolution profonde de l'organisation ni des pratiques professionnelles ni des responsabilités de chacun des acteurs ainsi « coordonnés ».

**Dans le champ des personnes handicapées**, c'est avec la progression de l'insertion en milieu ordinaire et de la vie à domicile que la question de la coordination émerge. Après l'apparition des SESSAD, notamment pour accompagner « l'intégration scolaire » des enfants à partir des années 1970, **les évolutions importantes concernent les exigences posées aux établissements et services** : droits des personnes et de leur famille, personnalisation de l'accompagnement, affirmation de ses dimensions à la fois thérapeutique, éducative et pédagogique (en 1988-1989 avec la réécriture des « annexes XXIV » du décret de 1956 concernant les structures pour enfants et adolescents). Ces principes d'action ont été repris et élargis à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour tous les âges dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) simplifie en partie le paysage mais, malgré certaines attentes pouvant peser sur elles dans ce sens, elles ne constituent **pas en soi une solution de coordination** des multiples acteurs du soin, de l'insertion professionnelle, de l'accompagnement, etc.  
**La loi de 2005 confie aux MDPH un rôle central et ambitieux** au service du parcours de vie de la personne :

<sup>24</sup> Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, Sébastien Gand (2011), *La Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Étude réalisée pour la fondation Paul Bannetot par le Centre de gestion scientifique de Mines-ParisTech.

Voir aussi : Dominique Somme et Olivier Saint-Jean (2008), « Rapport PRISMA France. Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action ».

<sup>25</sup> Depuis le transfert des CLIC aux conseils généraux en 2004, ces derniers ont fait évoluer les missions, les dénominations et les statuts des CLIC de façon hétérogène. Selon l'étude de l'ODAS, moins d'un département sur deux considère que les CLIC fonctionnent bien ou plutôt bien.



- aide à la formulation du projet de vie ;
- accès à une information claire et complète permettant à chacun de comprendre les dispositifs, identifier les réponses possibles et ainsi être en capacité de construire son projet ;
- réalisation d'une évaluation globale et multidimensionnelle de chaque situation prenant en compte les besoins et les aspirations de chacun ;
- élaboration d'une « feuille de route » pour la cohérence de l'ensemble des réponses sous la forme du plan personnalisé de compensation ;
- aide et accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH ;
- organisation « d'actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux » (article L. 146-3 du Code de l'action sociale et des familles).

Depuis 2006, elles **peinent cependant à assumer de façon satisfaisante leur mission d'accompagnement**. Si un tiers des MDPH font état dans leurs rapports d'activité 2011 d'une fonction émergente de suivi des décisions, il s'agit principalement d'un soutien limité dans le temps, souvent pour des situations complexes. Cela s'explique notamment par le nombre élevé et toujours croissant de demandes auxquelles elles font face et les moyens dont elles disposent (malgré la tendance à l'augmentation des effectifs<sup>26</sup>), comme le constataient les sénatrices Claire-Lise Campion et Isabelle Debré dans leur rapport<sup>27</sup>. Leur positionnement au carrefour des politiques publiques et la participation des différentes institutions à leur fonctionnement sont en théorie des leviers pour une meilleure articulation des

dispositifs, prestations et services, notamment de droit commun. Dans les faits, les MDPH disposent d'un **périmètre d'action limité**. En effet, les compétences des MDPH ne s'étendent pas au-delà de leurs portes, et **elles ne peuvent à elles seules garantir la continuité du parcours** de la personne.

#### ✱ Des obstacles structurels persistent

Le Conseil rappelle que la barrière d'âge qui caractérise les politiques d'aide à l'autonomie (prestations et droits différents selon que le handicap survient avant ou après soixante ans) peut constituer un obstacle à la continuité des parcours de vie des personnes. Il rappelle les recommandations formulées en ce sens dans son rapport de 2007. Le Conseil pointe en outre plusieurs autres obstacles structurels :

<sup>26</sup> CNSA (2012), *MDPH : Au carrefour des politiques publiques. Synthèse des rapports d'activité 2011 des maisons départementales des personnes handicapées*.

<sup>27</sup> Sénat (2012), *Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.



→ Un système hybride qui fait coexister des logiques différentes...

L'un des principaux obstacles à la réussite de dispositifs de coordination est en réalité la **construction même de notre système de santé et son caractère « hybride »** : il fait en effet coexister une logique assurantielle (l'assurance maladie, caractérisée par une organisation centralisée pyramidale, mais une médecine de ville libérale) et une logique non contributive (les départements, organisation décentralisée)<sup>28</sup>. On assiste ainsi à une « **juxtaposition d'instruments d'intervention des pouvoirs publics nationaux et territoriaux**<sup>29</sup> » qui n'obéissent pas à la même logique. L'existence du secteur « médico-social », au croisement de ces différentes

logiques, et spécifique à la France, en est illustrative.

Cette dualité se retrouve évidemment au niveau des **circuits de financement** : les différentes sources de financement mobilisées pour les soins et l'accompagnement d'une personne en situation de handicap ou en perte d'autonomie ne sont **pas régies par les mêmes règles d'engagement et critères d'éligibilité**. Il s'agit d'un obstacle classique au décloisonnement<sup>30</sup>.

→ ... et qui se traduit au niveau local par une gouvernance éclatée

**Sur les territoires, les champs de compétence respectifs des conseils généraux et des ARS ne leur permettent pas de maîtriser**

**l'ensemble des services nécessaires à la continuité des parcours**. Les chercheurs du projet PRISMA France constataient ainsi « le grand nombre d'acteurs stratégiques (à tous les niveaux de prise de décision) ayant des champs de compétence et de légitimité se chevauchant, sans "acteur pivot" responsable de la définition, du suivi et de l'imputabilité de la politique de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie<sup>31</sup> ».

Ainsi, si de nombreux **outils de coopération** entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social ont successivement vu le jour, ils n'ont **pas été accompagnés d'une impulsion suffisamment cohérente et lisible de la part des pouvoirs publics**, notamment du fait de la

<sup>28</sup> Système hybride entre une logique « bismarckienne » et une logique plus « beveridgienne » si l'on se réfère aux typologies d'États-providence (Gösta Esping-Andersen distingue trois idéaux-types d'État-providence : conservateur/bismarckien, libéral/beveridgien et social-démocrate). Cf. Hélène Trouvé, Yves Couturier, et al. (2010), « The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France », in *International Journal of Integrated Care*, vol. 10, juin 2010.

<sup>29</sup> Dominique Somme et Olivier Saint-Jean (2008), « Rapport PRISMA France. Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action ».

<sup>30</sup> Walter Leutz (1999), « Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom », in *The Milbank Quarterly*, vol. 77, n° 1.

<sup>31</sup> Dominique Somme et Olivier Saint-Jean (2008), op. cit.



relative faiblesse de la gouvernance commune ARS-conseil général. Le fonctionnement des commissions de coordination des politiques publiques, par exemple, est hétérogène d'une région à l'autre – mais leur existence est certes encore récente.

La politique publique en faveur de la coopération intersectorielle a ainsi largement consisté à **alimenter une « boîte à outils »** à l'usage des établissements et services sanitaires et médico-sociaux. « Cette conception de la coopération, qui laisse l'effort de coordination des soins apportés aux patients à l'initiative des acteurs de santé, a montré des limites importantes. Il y a bien eu développement de partenariats, mais avec peu d'impact » réellement structurel<sup>32</sup>.

En outre, depuis la création des ARS, l'action sociale s'inscrit désormais dans un **schéma de gouvernance distinct**, sous l'égide de l'administration déconcentrée de l'État dans le champ de la cohésion sociale (directions régionales et départementales de la cohésion sociale). Le système judiciaire, compétent par exemple pour la protection des majeurs ou la protection judiciaire de la jeunesse, obéit encore à une autre logique et à un autre schéma de gouvernance. C'est le cas également de l'Éducation nationale, des politiques de l'emploi, etc.

Une impulsion globale et cohérente en faveur du développement de la coopération et du décloisonnement, allant au-delà d'une « boîte à outils », nécessite donc au niveau territorial un alignement des stratégies des pouvoirs publics qui est concrètement difficile à obtenir. Notons que la lisibilité pour les

usagers (« à qui m'adresser ? ») et les citoyens (« qui est responsable des résultats ? ») est bien entendu mise à mal par cette complexité institutionnelle.

#### → Des obstacles techniques et juridiques

##### > Obstacles au partage d'information entre professionnels autour d'une personne

**Les systèmes d'information utilisés par les professionnels à ce jour ne permettent pas suffisamment d'assurer la continuité des accompagnements.**

Le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information des différents acteurs et le **sous-équipement** dans certains champs **constituent des obstacles** à plusieurs niveaux : ils entraînent de la **perte d'information**, pouvant causer une perte de chance pour les personnes, des **redondances** (plusieurs évaluations d'une même situation faute de partage des données), de la **perte de temps**.

Un autre type d'obstacle freine la coopération intersectorielle : les **obstacles juridiques au partage d'information entre professionnels**. Contrairement aux échanges et au partage de données entre professionnels de santé, régis par le Code de la santé publique, qui instaure un « secret partagé », **il n'existe pas de cadre législatif général** (uniquement des règles pour des cas précis) **permettant et encadrant l'échange de données personnelles dans le secteur médico-social et entre professionnels autres que professionnels de santé**. L'harmonisation des règles entre les secteurs nécessiterait un texte de loi.

##### > Obstacles à la connaissance globale des parcours de vie par des travaux de recherche

En outre, l'éclatement des systèmes d'information qui colligent un grand nombre de données **empêche leur utilisation à des fins évaluatives et scientifiques**. Le cloisonnement des bases de données et le fait qu'elles ne sont pas construites autour des mêmes mécanismes d'anonymisation empêchent en effet un « chaînage » de données individuelles anonymisées.

Or, ce type d'exploitation permettrait non seulement des **mesures d'impact des politiques menées** (impact sur le recours aux soins, impact sur les modes d'accompagnement, etc.), mais aussi des **travaux de recherche** pour améliorer la connaissance des parcours de vie.

#### → Des obstacles de nature plus sociologique

Enfin, des **obstacles d'ordre sociologique et culturel** gênent également l'approche globale des situations et les coopérations entre professionnels, même si celles-ci se développent. La technicisation du travail médical, la surspécialisation des professionnels, les différences de pratiques professionnelles, la hiérarchisation des métiers (qui empêche de faire jouer pleinement leur complémentarité), les logiques de rémunération à l'acte, ne sont pas propices à cette vision globale<sup>33</sup>. Le fonctionnement interne de l'hôpital est également décrit par certains de ses acteurs comme n'encourageant pas l'approche en termes de « parcours » (voir notamment l'article de MM. Cremadez et Bichier<sup>34</sup>, mais aussi les constats du rapport dit « Couty »).

<sup>32</sup> Bruno Gallet (2012), « Parcours de soins – Une nouvelle approche de la coopération en santé », in *Revue hospitalière de France*, n° 549, novembre-décembre 2012.

<sup>33</sup> Voir à ce sujet les différentes présentations disponibles sur le site des Universités d'été de la performance en santé organisées par l'ANAP en août 2012.

<sup>34</sup> Michel Cremadez et Édouard Bichier (2012), « Du séjour au parcours de soins – Les obstacles culturels et organisationnels », in *Revue hospitalière de France*, n° 546, mai-juin 2012.

### Faire évoluer nos politiques de santé vers une organisation plus intégrée

#### L'organisation du système de santé (au sens large) doit être plus intégrée

##### \* Faire évoluer la façon dont chaque acteur accomplit ses missions et permettre une (re)connaissance mutuelle au-delà des frontières sectorielles et organisationnelles

Les typologies des modèles d'organisation des systèmes d'aide et de soins mettent en évidence une diversité d'organisations possibles. Il s'agit, pour simplifier, d'un continuum allant d'un système où une simple « liaison » est assurée entre les différents acteurs (transmission d'information à la demande, réorientation des usagers d'un acteur à l'autre), qui conservent leurs modes de fonctionnement propres, à un système d'« intégration complète » où une seule structure fournit l'ensemble des services et des soins dont la personne a besoin (modèle expérimenté localement aux États-Unis, par exemple).

Le modèle-type intermédiaire entre les deux précédents repose sur une **évolution des façons de travailler de chacun des acteurs**, qui, sans aller vers une fusion, harmonisent les outils qu'ils utilisent pour analyser les demandes des usagers et repérer les situations à risque de rupture, échangent régulièrement de l'information et des données utiles, structurent des processus de travail communs en identifiant les zones de

compétences de chacun de façon très explicite et en analysant ensemble les zones de chevauchement et les manques. Cela nécessite l'intervention d'un pilote, qui impulse ce changement et l'accompagne.

Ce modèle intermédiaire est celui qui a été adopté en France dans le champ des personnes âgées. Initialement sous la forme d'une expérimentation, puis généralisé dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, le dispositif des MAIA<sup>35</sup> est désormais en cours de déploiement (148 MAIA existaient fin 2012, 50 nouvelles sont créées en 2013). Il s'agit d'une **nouvelle méthodologie de travail sur les territoires**, qui vise à simplifier les parcours, à **réduire les doublons** en matière d'évaluation, à **éviter les ruptures** de continuité dans les interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et à **améliorer la lisibilité** du système pour ses acteurs.

Le processus d'intégration des services d'aide et de soins répond à la **nécessité d'agir de façon plus structurelle et en profondeur sur l'organisation de l'ensemble des acteurs** en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Il pourrait donc répondre aux problématiques similaires rencontrées dans le champ du handicap.

Le processus d'intégration **s'appuie sur les structures existantes, sans en ajouter de nouvelle**. Le groupe de travail présidé par Évelyne Ratte en 2011 s'accordait d'ailleurs à dire que « la mission de coordination n'a pas forcément besoin d'une nouvelle structure dédiée ». Il soulignait également que plusieurs « acteurs sanitaires ou médico-

sociaux existants » pouvaient assurer une fonction de coordination, « dès lors qu'elle s'appuie sur un diagnostic unique (ex. : évaluation multidimensionnelle partagée) et rassemble la totalité des acteurs qui se reconnaissent et se légitiment mutuellement ».

La clé réside bien dans cette **reconnaissance et légitimation mutuelle, au-delà des cloisons des secteurs** : c'est ce qui a pu manquer aux dispositifs comme les CLIC ou les réseaux (*cf. supra*), et c'est l'un des obstacles à la continuité des parcours des personnes en situation de handicap. Pour atteindre cet objectif de décroisement, l'intégration des services d'aide et de soins doit s'appuyer sur une **gouvernance conjointe ARS-conseil général**, les décideurs et financeurs (niveau de concertation stratégique) s'accordant pour **impulser et en quelque sorte « institutionnaliser » sur chaque territoire une dynamique de coopération**. Dans la méthode MAIA, l'ARS et le conseil général missionnent ainsi un « pilote », employé par le porteur de la MAIA<sup>36</sup>, et chargé de mener le processus d'intégration au niveau du territoire.

##### \* Responsabiliser les acteurs locaux dans un cadre collectif

Il importe que les acteurs assument collectivement la responsabilité de la population qu'ils accompagnent, car « la continuité des parcours est le résultat d'une intelligence collective, systémique et proactive plutôt que le seul résultat des actes professionnels considérés séparément<sup>37</sup> ». **Mais cette responsabilité partagée ne naît pas spontanément** : elle nécessite que des directives claires soient données et que les mécanismes de régulation

<sup>35</sup> MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. NB : il ne s'agit pas de « maisons », ce ne sont pas des structures nouvelles. En outre le public cible n'est pas limité aux malades d'Alzheimer : il comprend toutes les personnes âgées en perte d'autonomie.

<sup>36</sup> Les porteurs peuvent être des conseils généraux (30 %), des CLIC (18 %), des organismes gestionnaires de services à domicile (15 %), des réseaux de santé gériatriques (9,8 %), des établissements de santé (9 %) ou autres (source : CNSA, 2012).

<sup>37</sup> Y. Couturier, L. Belzile, D. Gagnon (2011), « Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », in *Revue management et avenir*, n°47, p.132.



et de financement encouragent cette logique (comme aux États-Unis avec le dispositif d'« intéressement collectif » que constituent les *accountable care organizations*). Elle suppose également de mettre en place les moyens nécessaires à une meilleure connaissance mutuelle des acteurs et de **partager des outils et procédures**.

Dans l'exemple du dispositif MAIA, la notion de « guichet intégré » est intéressante de ce point de vue. Elle structure les modalités d'accueil des personnes âgées et la façon dont leurs demandes sont analysées. Le « **guichet intégré** » est constitué de l'ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes âgées sur le territoire. Il est mobilisé de fait dès qu'une personne

âgée ou son entourage fait une demande d'aide ou qu'un besoin est identifié par un professionnel. Le partage d'une **grille d'analyse commune** permet à toute personne de bénéficier d'une analyse multidimensionnelle de sa situation, **quel que soit le « guichet » auquel elle s'adresse** (établissement de santé, centre communal d'action sociale, équipe médico-sociale du conseil général...)³⁸. Des besoins non exprimés ou des signaux d'alerte peuvent ainsi être repérés par les professionnels, et la personne être orientée vers les partenaires du territoire précisément recensés et connus³⁹. Les **mesures d'impact** réalisées pendant la période expérimentale des MAIA ont en outre mis en évidence une **simplification des parcours des usagers** : le nombre

moyen d'interlocuteurs contactés avant de trouver le bon est passé de 3,24 à 1,3.

**La participation des professionnels de santé libéraux à la dynamique d'intégration et à la « co-responsabilité » avec les autres acteurs du territoire est essentielle.** L'expérience des MAIA montre qu'il s'agit souvent de coopérations « gagnant-gagnant » mais qu'elles ont besoin de temps pour se mettre en place.

#### **\* Développer les systèmes d'information partagés au service de la coopération et de la connaissance**

Une condition indispensable à la progression de l'intégration des acteurs réside dans le partage et la traçabilité des informations entre

³⁸ Il s'agit là d'une évolution profonde des pratiques des agents d'accueil : elle nécessite formation et accompagnement et entraîne une véritable professionnalisation de cette fonction clé dans la bonne orientation des usagers et la continuité de leurs parcours.

³⁹ À l'aide d'un référentiel d'intervention précis explicitant « qui fait quoi ».





professionnels. Le Conseil de la CNSA appelle de ses vœux une évolution de la législation et de la réglementation pour permettre, tout en l'encadrant, l'échange de données entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Les travaux de l'ASIP Santé vont dans le sens d'une **plus grande interopérabilité entre les systèmes d'information des différents intervenants** (définition de référentiels partagés, déploiement du dossier médical personnel (DMP) et soutien aux éditeurs pour traduire le cadre d'interopérabilité dans leurs produits...). Le Conseil de la CNSA encourage cette dynamique et salue l'investissement croissant de cette agence dans le champ médico-social. Le Conseil est également favorable à une **ouverture des bases de données nationales et à une mise en cohérence de leurs mécanismes d'anonymisation** afin de permettre

de les exploiter au service de travaux de recherche et d'évaluation, utiles à la connaissance des parcours et à la planification de l'offre, donc utiles au pilotage partagé et éclairé des politiques publiques touchant aux parcours de vie des personnes. Il insiste en outre sur la nécessité de **poursuivre et d'amplifier les travaux d'études et de recherche relatifs aux parcours de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**. Ces travaux doivent intégrer une dimension longitudinale et s'appuyer autant que possible sur des cohortes importantes, afin de **contribuer à objectiver les sources de ruptures, de non-qualité, et au contraire les facteurs favorables à une continuité des parcours de vie** (apport des différents acteurs du soutien à domicile comme les SPASAD, plus-value des différentes modalités d'accompagnement, impact des organisations intégrées, etc.).

**\* Poursuivre la dynamique d'intégration en l'étendant et en l'adaptant au champ du handicap**

Le Conseil de la CNSA considère nécessaire d'engager – au-delà des efforts de coordination qu'il convient de poursuivre – un véritable processus d'**intégration des services d'aide et de soins dans un objectif d'évolution profonde de nos politiques de santé**.

Sans opposer coordination et intégration, le Conseil préconise que soient recherchées :

- une plus grande cohérence des politiques nationales (cohérence entre elles et au cours du temps) pour une réelle synergie des dispositifs existants afin que chacun puisse apporter tout son potentiel au service des personnes ;
- une gouvernance locale apportant des garanties de décroisement et permettant un portage fort et partagé



entre les ARS, les conseils généraux, les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), les autres financeurs et décideurs, et les représentants des personnes concernées ;

- une action en profondeur sur les différents leviers (organisationnels, tarifaires, informationnels, technologiques, juridiques...) susceptibles de favoriser la cohérence et la continuité des parcours de vie, en responsabilisant les acteurs collectivement pour atteindre cet objectif.

Il importe donc de **poursuivre la recherche d'intégration** des services d'aide et de soins engagée aujourd'hui dans le champ des personnes âgées, et d'**en adapter les principes et les modalités au champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap**, au regard de l'expérience acquise depuis 2008 en France, et antérieurement à l'étranger (la dynamique d'intégration de l'aide et du soin étant à l'œuvre dans les pays voisins, comme au Royaume-Uni<sup>40</sup>, en Suisse<sup>41</sup>, en Allemagne<sup>42</sup>...). C'est ce que le CNCPPH suggère dans son dernier rapport en annonçant la poursuite de sa réflexion sur la coordination qui s'inspirera du dispositif MAIA.

Les acteurs intervenant au cours du parcours de vie des personnes en situation de handicap ne sont pas exactement les mêmes que ceux qui accompagnent les personnes âgées. Ils incluent les professionnels de l'emploi, de l'éducation, de

la formation, etc. Les territoires pertinents pour le recours aux services ne sont pas toujours de niveau infradépartemental compte tenu de la spécificité de certaines problématiques. Il **convient donc de prendre en compte ces différences dans la conception d'une organisation intégrée des politiques du handicap**. Un travail autour de certains types de handicaps pourra être nécessaire.

**Les MDPH constituant des « points de passage » critiques dans le parcours des personnes, pour leur orientation vers l'emploi, la scolarisation, les établissements et services médico-sociaux, elles ont un rôle clé à jouer.** Il importe qu'elles disposent des moyens de jouer ce rôle de façon efficace, dans un objectif d'égalité des chances et d'équité sur les territoires.

La **commission exécutive des MDPH** (qui réunit le département, les différents services de l'État, l'ARS qui en est membre depuis la loi du 28 juillet 2011, les caisses de sécurité sociale et des associations représentant les personnes handicapées) constitue un espace de concertation stratégique particulièrement important. Cette commission (ou l'instance équivalente dans le scénario d'une évolution des MDPH vers des maisons départementales de l'autonomie) **pourrait se voir confier l'impulsion d'une dynamique d'intégration** au service des personnes en situation de handicap au niveau départemental.

## Les métiers et leurs contextes d'exercice doivent par conséquent évoluer

**\* Progresser vers un travail plus interdisciplinaire et intersectoriel suppose une évolution importante des pratiques professionnelles...**

La notion de parcours met au premier plan l'enjeu de l'évolution des pratiques professionnelles, et la place de la coopération au sein de celles-ci dans un contexte d'interdépendance croissante.

Compte tenu de la fréquence accrue des situations chroniques, des états polypathologiques et de la complexification des situations des personnes, « l'organisation de la prise en charge ne peut plus être la résultante de hiérarchies entre acteurs et de cloisonnements de l'organisation. (...) L'interdépendance entre acteurs individuels et institutionnels, devenue déterminante, nécessite une perception partagée de l'ensemble du parcours patient<sup>43</sup> ». Devant la chronicité, « la médecine s'exerce aujourd'hui dans le cadre d'une immense chaîne de travail reliant des dizaines d'acteurs<sup>44</sup> ».

C'est pourquoi, « face à la complexité des handicaps concernés, le CNCPPH souligne la **nécessité d'un travail d'équipe multidimensionnel et polyvalent**. Ainsi, la multiplicité d'interventions hyperspécialisées ne constitue pas la solution la plus adéquate<sup>45</sup> ».

<sup>40</sup> Cf. Nick Goodwin et al. (2012), « A report to the Department of Health and the NHS Future Forum – Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together », The King's Fund, Nuffield Trust.

<sup>41</sup> Politique en projet dans le Canton de Vaud par exemple : *Vieillesse et santé – une politique cantonale* (<http://www.vd.ch/themes/sante-social/services-de-soins/vieillesse-et-sante/>).

<sup>42</sup> Sous l'égide des caisses d'assurance maladie, travail sur des filières intégrées : permis par la loi depuis la réforme de 2000 (cf. exemple de la région de Kinzigtal : <http://www.ekiv.org/en/index.php>).

<sup>43</sup> Michel Cremadez et Édouard Bichier (2012), « Du séjour au parcours de soins – Les obstacles culturels et organisationnels », in *Revue hospitalière de France*, n° 546, mai-juin 2012.

<sup>44</sup> Jean-Cristophe Mino, Marie-Odile Frattini, Emmanuel Fournier (2012), « Vers une médecine de l'incurable », in *Revue hospitalière de France*, n° 549, novembre-décembre 2012.

<sup>45</sup> Rapport de fin de mandature du CNCPPH (2012).

Cette nécessité de travail interdisciplinaire pour une approche globale de santé, soulignée dans les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de santé (HAS), représente **une évolution culturelle qui doit être accompagnée**<sup>46</sup>. La plus grande place donnée à la parole de l'usager amène également à « modifier les frontières de certains métiers, à bouleverser les hiérarchies traditionnelles entre prescripteurs et exécutants, voire à transformer les relations et la circulation des savoirs entre les professionnels et les clients<sup>47</sup> ».

### \* ... et nécessite certains prérequis

Le développement de coopérations, mais aussi l'apparition de fonctions de coordination, de la fonction de « gestionnaire de cas », de la fonction « ressource » (centres de ressources autisme ou handicaps rares), ou encore la professionnalisation nécessaire de la fonction d'accueil (cf. l'expérience du guichet intégré) représentent des **opportunités pour les professionnels** et des facteurs d'attractivité des secteurs de l'aide et du soin. Ils n'en nécessitent pas moins **des efforts de formation, de clarification, de repositionnement**.

### → Expliciter les périmètres respectifs des différents métiers pour valoriser leur complémentarité

Travailler dans une perspective de « santé globale », dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire,

peut « créer une confusion dans la définition des territoires et des identités professionnelles » : il s'agit d'une difficulté à prendre en compte car elle peut entraver l'évolution des pratiques professionnelles, d'autant plus si « chacun revendique pour spécificité d'être le professionnel de la synthèse (...) ». La **question des identités professionnelles est au cœur du problème**. La solution passe de manière incontournable par une **définition claire de ces identités, des compétences, des méthodes professionnelles spécifiques et de leurs limites respectives**<sup>48</sup>. Ce travail est d'autant plus nécessaire que **se développent des fonctions « transversales » de coordination intensive, de référents individuels, d'accompagnement à l'expression par la personne de son projet de vie, de « gestion de cas » ou coordination de parcours...** Ces fonctions ont-elles vocation à devenir des « métiers » à part entière ? Comment s'articulent-elles avec le métier d'origine des professionnels qui les exercent ? La question de la façon d'assurer la légitimité de ces professionnels aux yeux des autres est également particulièrement importante.

Il importe donc de réviser les référentiels métiers et les programmes de formation initiale et continue dans cet objectif de clarification et d'articulation des périmètres des différents métiers.

### → Encourager le travail collectif en levant les obstacles qui l'entravent

Les modes d'exercice collectif restant à ce jour principalement pratiqués entre

membres d'une même profession, les **regroupements pluriprofessionnels nécessitent pour se développer une politique volontariste de soutien par les pouvoirs publics**. Mais les regroupements ne suffisent pas à faire évoluer les pratiques<sup>49</sup>.

Il convient en parallèle :

- de lever les obstacles juridiques<sup>50</sup> et techniques au **partage d'informations** entre professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, dans le respect des droits des personnes (cf. à ce sujet le rapport du Conseil supérieur de travail social présenté en janvier 2013) ;
- de concevoir les **modes de tarification et de rémunération** de façon à permettre et encourager des coopérations et des efforts de prévention (cf. *infra*) ;
- de reconnaître le « **temps de la coopération** » : à la fois le **temps nécessaire aux coopérations** quotidiennement, régulièrement, à travers des temps de synthèse et de concertation, et le **temps au sens de la longue durée** nécessaire à leur mise en place et à leur consolidation ;
- de permettre et de favoriser les **rencontres entre (futurs) professionnels au cours de leur cursus de formation**, en prévoyant des « moments consacrés à la construction d'une vision transversale et pluriprofessionnelle<sup>51</sup> », **vecteurs de « culture partagée »** (modules de formation communs à plusieurs types de professionnels autour de sujets transversaux faisant appel au croisement de leurs expertises respectives). Il convient de souligner également l'importance

<sup>46</sup> Cf. la prise de position de la Conférence nationale de santé lors de la campagne électorale de 2011.

<sup>47</sup> Henri-Jacques Stiker, José Puig, Olivier Huet (2009), *Handicap et accompagnement – Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Dunod

<sup>48</sup> Françoise Osiek-Parissod (1996), « La santé globale : avantages et limites d'une référence professionnelle incontournable », in *Objectifs soins*, n° 42, avril 1996.

<sup>49</sup> Centre d'analyse stratégique (2011), « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé », in *La Note d'analyse*, n° 254, décembre 2011.

<sup>50</sup> Cf. note de l'ASIP Santé sur le sujet.

<sup>51</sup> Conférence nationale de santé (2011), *Avis du 16.12.11 pour une politique nationale de santé 2011-2025*.



de développer la formation des professionnels médicaux et paramédicaux au handicap (en référence aux travaux en cours dans le cadre de la mission de Pascal Jacob) ;

- de mettre des **outils** vecteurs d'une vision globale au service de l'évolution des pratiques professionnelles (outils d'analyse multidimensionnelle des situations, cf. par exemple le « protocole de présentation des situations de handicap psychique » réalisé dans le Val-de-Marne et repris dans le Rhône)<sup>52</sup>. Ces outils devraient être, autant que possible, intelligibles pour les personnes elles-mêmes.

#### → Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide et de l'accompagnement

Le développement de coopérations, l'intégration des services d'aide et de

soins sont autant de facteurs susceptibles de renforcer l'attractivité des métiers de l'aide et de l'accompagnement en les plaçant **au cœur d'un secteur plus vaste, fait d'opportunités de parcours professionnels et d'évolutions, de polyvalence et de variété des lieux d'exercice.**

Ces métiers devraient en outre faire l'objet de **campagnes de communication de grande ampleur**, au regard des besoins de recrutements et de l'image négative qui les caractérise encore. La poursuite de la professionnalisation de la fonction RH dans le secteur médico-social doit également contribuer à **améliorer les conditions d'emploi<sup>53</sup> et les conditions de travail** de ces métiers. Il convient enfin de souligner les problèmes de « démographie » de

certaines métiers sur une partie du territoire national. Des solutions innovantes doivent être déployées pour y faire face.

**Ces actions doivent s'inscrire dans une stratégie cohérente, lisible et concertée**

**\* Le lancement de la « stratégie nationale de santé » constitue une opportunité**

L'articulation des différentes composantes de l'offre sanitaire et médico-sociale au service de parcours fluides s'est heurtée jusqu'à présent à un **manque de stratégie globale, partagée, portée avec constance et cohérence par les acteurs publics nationaux comme locaux.**

<sup>52</sup> Jean-Yves Barreyre (2012), op. cit. ; voir aussi : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Pluriels81.pdf> ; [http://www.cg94.fr/files/0906/FICHE\\_08-LE\\_PROTOCOLLE\\_DE\\_PRESENTATION\\_.pdf](http://www.cg94.fr/files/0906/FICHE_08-LE_PROTOCOLLE_DE_PRESENTATION_.pdf)  
<sup>53</sup> La dernière enquête Emploi 2012 de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif indique une tendance positive sur ce plan.





Une telle stratégie est nécessaire à la fois pour « conduire le changement vers un système de santé rénové » (pour reprendre les termes de la Conférence nationale de santé) et pour assurer la cohérence entre de multiples chantiers ayant des objectifs proches (voire identiques) mais insuffisamment articulés entre eux et avec l'existant :

expérimentations issues de l'article 70 de la LFSS pour 2012, projets pilotes « PAERPA », déploiement de l'intégration avec les MAIA, soutien des réseaux de santé, encouragement à la constitution de filières (gériatriques, AVC...), développement de centres de ressources, etc. Au-delà de l'absence de cohérence et de lisibilité qui résulte de cet empilement d'initiatives, cette situation présente un risque fort d'inefficacité et d'inefficience, alors

qu'il importe, dans un contexte de rareté des moyens, d'éviter les actes inutiles ou redondants et le gaspillage de ressources humaines non coordonnées. Dans ce contexte, le Conseil de la CNSA considère l'ambition affirmée par la « stratégie nationale de santé » comme une opportunité et salue l'objectif de « réorganiser notre système de santé en améliorant la coordination entre les praticiens et les établissements et en organisant une véritable continuité entre la prévention, les soins et l'accompagnement autour de la personne et de ses besoins<sup>54</sup> ». Le Conseil de la CNSA estime cependant qu'une vigilance constante est de mise pour s'assurer de l'effectivité de sa mise en œuvre, de son ambition affirmée au-delà du seul secteur sanitaire, afin que sa traduction concrète apporte des améliorations à

la continuité des parcours de vie des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

\* Les points de vigilance et les conditions de réussite selon le Conseil de la CNSA

→ Être lisible pour tous les usagers

L'ensemble des orientations prises en vue d'assurer la continuité des parcours de vie des usagers doivent se fonder sur l'expérience de ces usagers et leur point de vue d'utilisateur du système de santé (au sens de social, médico-social, sanitaire).

S'il s'agit de simplifier ces parcours, il convient de ne pas complexifier un système déjà peu lisible, et au contraire de renforcer la capacité

<sup>54</sup> Discours du Premier ministre à Grenoble le 8 février 2013.



**des personnes et de leurs familles à s'orienter et à avoir des repères**, en les écoutant, en les informant et en les associant aux décisions prises. L'enjeu est de permettre aux personnes d'être actrices de leur parcours. Elles doivent d'ailleurs être associées à l'élaboration des contenus d'information afin de s'assurer de l'adaptation de ces derniers<sup>55</sup>.

Le Collectif interassociatif sur la santé en appelle ainsi à « **un changement de méthode dans l'implication des usagers** dans les décisions, individuelles ou collectives, qui les concernent » et à « **un changement d'échelle dans l'information des usagers**<sup>56</sup> ». Cette information, pour atteindre son but, doit être accessible à tous les usagers, et ses modalités de diffusion doivent tenir compte des inégalités d'accès à l'information. Dans son champ de compétences, sous réserve d'être dotée des moyens correspondants, et dans le cadre d'un indispensable partenariat avec les acteurs locaux, la CNSA pourrait se voir confier la mission de fournir à tous les départements une base commune d'éléments de communication et d'information des publics à compléter le cas échéant en fonction de spécificités locales. Par ailleurs, la mise en accessibilité des informations représente un investissement important : il serait opportun qu'il soit mené au niveau national (mutualisation des ressources, diffusion de bonnes pratiques).

→ Une gouvernance garantissant une impulsion forte et cohérente des pouvoirs publics

**La coexistence de plusieurs types de légitimités** (légitimité politique

des élus pour les conseils généraux, légitimité financière des conseils généraux et de l'assurance maladie/ des ARS, légitimité technique d'un grand nombre d'acteurs de terrain, légitimité des instances consultatives dans le cadre de la démocratie sanitaire...) **rend indispensable une concertation et une coconstruction de la stratégie nationale de santé.**

> *Au niveau local*

La collaboration entre professionnels et organisations nécessite, pour progresser, **une réelle volonté des financeurs et des pouvoirs publics** d'aller vers davantage de « proximité institutionnelle », au sein d'une gouvernance partenariale. Celle-ci nécessite du temps et un certain apprentissage pour instaurer la confiance réciproque qui est nécessaire<sup>57</sup>.

**La cohérence doit être recherchée bien évidemment entre les institutions « chefs de file » respectives du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social (ARS et conseils généraux), mais bien au-delà**, pour englober les domaines scolaire, judiciaire, du logement... En ce qui concerne le handicap psychique, par exemple, « les six dimensions pour répondre aux besoins d'une situation de handicap psychique, proposées par l'UNAFAM (les soins, l'accompagnement médico-social, les ressources, le logement, l'activité sociale, la protection juridique), sont interdépendantes et ne peuvent pas être traitées séparément en espérant qu'elles se croiseront par magie. Elles nécessitent une **stratégie**

**coordonnée d'intervention, avec des indicateurs communs de résultat**<sup>58</sup> ». C'est le cas aussi dans le domaine de la scolarisation des enfants handicapés, où **les vies des enfants et des familles sont impactées très concrètement par les difficultés de coordination entre les institutions** et de rapprochement des professionnels de l'Éducation nationale et du milieu spécialisé. Les textes pris en application de la loi du 11 février 2005 et relatifs au conventionnement entre écoles et établissements et services médico-sociaux doivent être mis en œuvre de façon plus volontariste.

Enfin, le Conseil de la CNSA rejoint l'avis de la Conférence nationale de santé<sup>59</sup> selon lequel « **les associations d'usagers ont un rôle majeur à jouer** dans l'évolution du système de santé. Par leur connaissance des besoins des usagers, elles sont en mesure de contribuer à l'orientation des politiques vers la prise en compte de ces besoins, elles sont porteuses elles-mêmes de projets innovants, elles sont en position clé pour l'évaluation des politiques du côté de l'usage ». **Ces associations doivent avoir une place dans la gouvernance des politiques publiques ayant un impact sur les parcours de vie.** Des rapports récents évoquent la piste de comités départementaux de solidarité pour l'autonomie. Le Conseil de la CNSA prend acte de ces propositions consistant à créer au niveau départemental une instance organisée selon les mêmes principes que ceux qui le fondent, et affirme son attachement à un modèle de gouvernance donnant un poids réel aux représentants des usagers.

<sup>55</sup> Voir les recommandations de la Conférence nationale de santé, contribution du 29 novembre 2012 à la Conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

<sup>56</sup> CISS (2013), « Tous (im)patients ! », Communiqué de presse du 6 février 2013.

<sup>57</sup> Hélène Trouvé et al. (2010), « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », in *Géographie, économie et société*, 2010/1, vol. 12.

<sup>58</sup> Jean-Yves Barreyre (2012), « Pour une nouvelle économie politique de santé publique (2) L'exemple de la psychiatrie et la santé mentale », in *Bulletin d'Informations du CREA Bourgogne*, n° 327, juillet 2012.

<sup>59</sup> Conférence nationale de santé (2011), *Avis du 16.12.11 pour une politique nationale de santé 2011-2025*.

### > Au niveau national

Au niveau de l'État (niveau interadministrations, interministériel) le besoin de davantage de coopération et d'échange d'informations est largement admis et constitue un prérequis pour fédérer les efforts au sein d'une stratégie collective de conduite du changement. Une volonté partagée et forte d'intégration institutionnelle est une condition importante de succès du déploiement au niveau local d'une telle politique publique<sup>60</sup>.

Constatant « un morcellement des compétences entre un grand nombre d'institutions au niveau national (...) affaiblissant l'action de l'État et son poids vis-à-vis des acteurs et des partenaires » de la politique envers les personnes en situation de handicap, la mission IGAS-IGF sur les établissements et services pour personnes handicapées souligne en effet que « les mécanismes de coordination peuvent *a minima* être renforcés<sup>61</sup> ». Dans son rapport de fin de mandature (2012), le CNCPH va plus loin en affirmant « la nécessité de regrouper les acteurs et de clarifier leurs compétences dans le but de mettre en œuvre une politique publique globalisée qui réponde à l'ensemble des besoins et des attentes des personnes handicapées<sup>62</sup> ». Un dialogue et une concertation stratégiques interadministrations pourrait commencer par l'articulation d'une conception partagée des complémentarités et apports réciproques entre les différents sous-secteurs (partir des besoins et attentes de la personne en tenant compte des différentes dimensions de sa situation de vie au-delà de ses besoins en soins, mettre fin à l'idée que le médico-social est uniquement l'aval du sanitaire, etc.).

Le pilotage de la « stratégie nationale de santé » doit permettre cette mise en cohérence et privilégier des réponses structurelles à des politiques trop exclusivement sectorielles et catégorielles.

### → Des financements moins cloisonnés

Le cloisonnement des financements est un obstacle au développement de formes plus souples d'organisation des structures et à la coopération des acteurs des différents secteurs.

Le Conseil de la CNSA appuie les préconisations formulées par les directeurs généraux d'ARS en faveur de possibilités accrues de fongibilité des enveloppes sanitaire et médico-sociale de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), au-delà des seules opérations de reconversion de structures (cf. audition du président du collège des directeurs généraux des ARS par le Sénat en février 2013). Il préconise que les modalités d'affectation des crédits des ARS soient assouplies, pour permettre notamment le financement d'innovations organisationnelles (à ce titre il sera intéressant d'observer les impacts des dérogations permises par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 dans le domaine du financement et de la tarification<sup>63</sup>).

Pour que la fongibilité accrue des enveloppes ne se fasse pas au détriment d'une distribution équitable de l'offre sur les territoires et au risque d'un déséquilibre de l'offre entre secteurs, il importe que les ARS puissent s'appuyer sur des études et des recommandations précises quant au niveau d'offre à garantir pour répondre aux besoins.

### Des modalités de tarification à revoir

Les modalités de financement des différents segments de l'offre ont un impact sur la façon dont cette offre est mobilisée par les usagers. Ainsi, les restes à charge élevés en EHPAD contrastent avec la prise en charge intégrale des séjours (au coût beaucoup plus élevé) dans des structures relevant du secteur sanitaire, cela ayant souvent un impact sur les transitions entre ces différentes structures.

Le récent rapport de l'IGAS et de l'IGF relatif aux établissements et services du secteur du handicap souligne en outre que les caractéristiques des parcours des personnes handicapées « plaident pour un financement au parcours, c'est-à-dire de la prise en charge complète de la personne handicapée. (...) Il s'agit de s'inspirer du mécanisme dit de la capitation, mais sur un champ d'intervention plus vaste. Celle-ci rémunère la "continuité des soins" ou la "prise en charge de la santé" d'un patient<sup>64 65</sup> ». Ce rapport préconise également une simplification des modalités de tarification par l'identification d'un financeur unique par type d'établissement.

Le Conseil de la CNSA rejoint ces préconisations.

<sup>60</sup> Hélène Trouvé, Yves Couturier, et al. (2010), « The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France », in *International Journal of Integrated Care*, vol. 10, juin 2010.

<sup>61</sup> IGAS et IGF (2012), *Établissements et services pour personnes handicapées – Offre et besoins, modalités de financement*, Rapport, octobre 2012.

<sup>62</sup> Rapport de fin de mandature du CNCPH (2012).

<sup>63</sup> Article 48 de la LFSS pour 2013, inspiré des préconisations du HCAAM (2011), *Assurance maladie et perte d'autonomie*.

<sup>64</sup> IGAS et IGF (2012), *Établissements et services pour personnes handicapées – Offre et besoins, modalités de financement*, Rapport, octobre 2012.

<sup>65</sup> Voir aussi l'idée de « financement à la situation », proposée par Jean-Yves Barreyre (2012), op. cit.



→ **Des règles de fonctionnement plus souples pour les établissements et services**

> *L'offre doit poursuivre sa diversification*

**La diversification de l'offre, des lieux, des modes de vie et d'habitat possibles répond à une attente forte.**

- Elle est un facteur important de prévention de l'isolement (en offrant des alternatives à la vie en domicile individuel, sans pour autant franchir le pas d'un hébergement médicalisé ou au sein d'un large collectif).
- Elle permet un cheminement progressif des personnes et de leur famille au regard de l'évolution de leur situation, et un plus haut niveau de participation sociale à chacune des étapes.
- Elle constitue également un levier

de diversification de l'activité des professionnels, favorisant leur polyvalence.

L'association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA, membre du Conseil de la CNSA) préconise ainsi de favoriser l'évolution des « structures classiques » vers « une logique de domicile », d'assouplir et de clarifier la réglementation entourant les initiatives très diverses de formes d'habitat dites intermédiaires afin de « **conjuguer les avantages du domicile (le chez-soi) et des établissements (vie sociale, services adaptés)**<sup>66</sup> ».

Il convient de mettre en place les moyens de **faciliter le développement de lieux de vie et de logements individuels ou collectifs, accompagnés, sécurisés et/ou supervisés**. Ce sont autant de leviers

pour prévenir l'isolement social, la perte de participation, de mobilité et d'autonomie.

**Le développement de services polyvalents d'aide et de soins à domicile doit être encouragé**, leur apport reconnu comme facteur de prévention (rôle de repérage et d'alerte mis en avant dans les travaux récents) et leur cadre juridique et financier clarifié autour d'un co-pilotage ARS-conseils généraux.

> *Le contenu de service des structures doit évoluer vers plus de souplesse*

**Les missions et le positionnement des ESMS** doivent évoluer vers davantage de modularité, **au service des projets de vie des personnes** (avant tout autre objectif). Le développement de formes d'accueil séquentiel va dans ce sens<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> ADPA (2013), *Habitats groupés, domiciles partagés, structures intermédiaires : recherche de possibles pour bien vivre ensemble*.

<sup>67</sup> Voir à ce sujet le dossier technique de la CNSA : *État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées* : [http://www.cnsa.fr/article.php?id\\_article=1034](http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=1034)



Des formes plus souples d'organisation sont préconisées par l'**Assemblée des départements de France et plusieurs fédérations du secteur du handicap, qui affirment<sup>68</sup>** : « Il convient de dépasser le concept historique d'établissement issu de la loi du 30 juin 1975 au profit d'une nouvelle entité : la **"plateforme coopérative de services des adultes en situation de handicap"** qui permette de mettre fin à la fragmentation et à l'atomisation des services au profit d'une palette de réponses modulables sur un territoire de vie pertinent, pour servir l'**autonomie de la personne handicapée et assurer la continuité de son accompagnement**. Dans ce sens, il s'agit véritablement d'optimiser l'offre. Cette plateforme doit nous permettre de sortir d'une logique de "places et de lits". Elle doit ainsi permettre de mutualiser

les compétences et les moyens, d'optimiser l'emploi des ressources, d'éviter les doublons et les sous-utilisations. (...) Au titre du parcours résidentiel des personnes en situation de handicap, la plateforme coopérative de services doit proposer des foyers divers, des appartements communautaires, des résidences services. (...) Ces différents services coordonnés dans une même plateforme peuvent relever aussi bien du Code de l'action sociale et des familles que du Code de la construction et de l'habitat. »

Les préconisations du CNCPH<sup>69</sup> sont très proches, allant dans le sens « d'une évolution des établissements et des services vers la **notion de plateforme ressource** pour l'environnement (...). Les ESMS font l'objet d'autorisation individuelle

ou d'agrément. Le CNCPH constate que ce cadre d'autorisation entraîne un certain cloisonnement et ne permet pas facilement à l'organisme gestionnaire de s'adapter aux parcours de vie, de soins et d'accompagnement de la personne handicapée. En conséquence, le CNCPH préconise d'améliorer l'organisation des ESMS afin de :

- permettre aux organismes gestionnaires de mettre en œuvre l'ensemble du projet personnalisé de compensation ; il s'agit de **revoir à terme le régime des autorisations** ;
- faire évoluer les ESMS vers une **logique de "dispositifs globaux d'accompagnement"** avec des plateaux techniques coopératifs pour fédérer les services assurés par différents ESMS et les services complémentaires assurés par d'autres institutions (...). »

<sup>68</sup> ADF / Organisations du secteur du handicap (2012), « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », *Protocole d'accord et déclaration commune*.

<sup>69</sup> Rapport de fin de mandature du CNCPH (2012).



Afin de favoriser diversification et assouplissement de l'offre, **les leviers à disposition des agences régionales de santé et des conseils généraux doivent être adaptés.**

- Les ARS devraient concevoir des **appels à projets transversaux** aux trois schémas (sanitaire, médico-social, prévention), « faisant appel à la synergie de ressources locales multiples, qu'elles soient sanitaires, sociales, éducatives et médico-sociales<sup>70</sup> ». Ce type d'initiative se développe, par exemple dans le Limousin. Dans un dispositif qui peut instaurer une logique de concurrence sur les territoires, il importe de **valoriser au contraire les projets résultant de coopérations larges et multipartenariales.**

- Au-delà des appels à projets, qui ne sont pas adaptés lorsqu'il s'agit de faire évoluer l'offre, **les outils contractuels devraient être adoptés** (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens par exemple).

Enfin, le Conseil réitère son attachement à une **répartition plus équilibrée de l'offre sur les territoires**, qui est un objectif poursuivi notamment à travers les critères de répartition des crédits entre régions par la CNSA.

*> Les acteurs des différents secteurs doivent entrer dans une logique de « service réciproque » et de coresponsabilité à l'égard d'une population*

Partageant une responsabilité pour apporter une réponse globale aux besoins de la population du territoire, les acteurs des différents secteurs (y compris du milieu ordinaire) doivent **rechercher la meilleure articulation de leurs interventions** en vue d'éviter

les ruptures dans les parcours des personnes (ou de les anticiper et les accompagner si elles ne peuvent être évitées). Ils doivent également **développer une mission partagée de « veille »** : détection des signaux de fragilité et prévention des risques de rupture, organisation des ressources de façon à permettre une réactivité dans la réponse aux difficultés et situations de crise, protocoles de soutien réciproque entre acteurs (dispositif ressource)<sup>71</sup>.

Pour prendre l'exemple des acteurs hospitaliers et médico-sociaux, **chacun des deux secteurs doit « intervenir activement au service des patients pris en charge par l'autre secteur<sup>72</sup> »** : l'hôpital sortir de ses murs (apport d'expertise, prise en charge d'épisodes aigus sur le lieu de vie de la personne lorsque c'est possible) ; le médico-social chercher à optimiser le recours à l'hôpital. L'intervention du secteur social doit bien entendu obéir à cette même logique, de même que la collaboration entre l'école ordinaire et l'éducation spécialisée.

**Il s'agit bien là de dépasser les frontières institutionnelles pour rechercher un objectif commun : la continuité du parcours de vie de chaque personne et sa cohérence avec ses aspirations et préférences.** La frontière même entre les secteurs n'est pas intangible et s'est déplacée au cours du temps.

**Des évolutions sont en cours pour faciliter la mobilisation croisée de l'expertise des différents acteurs** en conciliant les impératifs de proximité, de réactivité et de spécificité des réponses. Elles doivent être encouragées et accompagnées dans la mesure où elles contribuent à

**concrétiser la notion de subsidiarité entre les dispositifs de droit commun et les dispositifs plus spécialisés.**

Il s'agit notamment des différentes formes **d'équipes mobiles** (dans le champ de la santé mentale, des soins palliatifs, de l'autisme, etc.) qui viennent en appui des équipes à l'hôpital comme en établissement médico-social, des **centres ressources** ou centres d'expertise constituant un lieu de recours identifié pour les professionnels des établissements « généralistes » (par exemple en matière de maladies et de handicaps rares, mais aussi pour l'autisme), des **équipes relais** qui font le lien entre les lieux d'expertise et les établissements (schéma national handicaps rares<sup>73</sup>), des projets fondés sur une logique de « **plateau technique** » ou de « plateforme de services » (cf. par exemple le projet d'« EHPAD centre de ressources » en région Limousin comprenant le développement d'actions de prévention de la perte d'autonomie, la participation à l'offre de premiers recours, le développement de l'aide aux aidants...).

Le protocole d'accord entre l'ADF et les fédérations du champ du handicap stipule, dans cet esprit de subsidiarité des dispositifs spécialisés par rapport au droit commun, que, « dans une **logique de société inclusive**, la médicalisation internalisée des structures ne devrait intervenir qu'en cas d'impossibilité de le faire à qualité égale dans le cadre des soins ambulatoires, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de l'hospitalisation à domicile (HAD) ; compte tenu de l'organisation des soins nécessaires et des spécificités des handicaps concernés ».

<sup>70</sup> Jean-Yves Barreyre (2012), op. cit.

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> Denis Piveteau (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in *Revue hospitalière de France*, n°544.

<sup>73</sup> Page du Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare 2009-2013 sur le site de la CNSA : [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=726](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=726)

Ainsi, c'est l'offre d'accompagnement en général, y compris l'offre d'accueil, d'information, de soutien social, et le contenu de service des établissements et services médico-sociaux qui sont réinterrogés à travers le prisme des parcours.

### → Constance et persévérance sur le plan de la méthode

La succession de dispositifs et d'initiatives en faveur de la coordination leur fait perdre chacun à leur tour leur légitimité et produit *in fine* un effet contre-productif en nuisant à la lisibilité d'ensemble et en réduisant ainsi progressivement les chances d'adhésion aux nouvelles mesures proposées et donc leur efficacité individuelle et globale.

Les acteurs de terrain témoignent en effet d'une certaine « **fatigue à l'innovation** », voire d'une **démobilisation**. En outre les auteurs du rapport précité sur la coordination<sup>74</sup> soulignent le « faible apprentissage fait par les pouvoirs publics à partir des expériences passées, (...) l'aspect répétitif des mesures et le peu de bilans compréhensifs ». Enfin, au sujet de la coordination, le protocole ADF-fédérations va jusqu'à évoquer « la collection d'échecs et le cimetière d'initiatives sur ce sujet ».

**Le Conseil de la CNSA appelle donc à une recherche de consolidation et de sécurisation des dispositifs en place ou émergents.** La question de la coordination ne trouvera pas une réponse unique et miraculeuse (les multiples tentatives précédentes l'ont montré) : il s'agit d'un travail à mener de façon continue et pérenne en **agissant sur différents leviers avec constance et lisibilité**, en cessant d'empiler les expérimentations

partielles et non soutenues dans la durée. L'intégration des services d'aide et de soins constitue une voie de mise en cohérence et d'effort structurel de décroisement de notre système de santé.

Un effort de conduite et d'accompagnement du **changement** doit donc être mené dans ce sens avec constance et persévérance :

- **dans la durée, avec une vraie évaluation de l'amélioration du service apporté**, réalisée sérieusement dès la conception de la démarche de changement, de façon globale et non structure par structure, et dont le résultat, s'il est positif, déclenche la pérennité des financements pour éviter les successions de ruptures institutionnelles dans le temps ;
- **sous l'égide d'un pilote légitime aux yeux de tous les acteurs** : sa légitimité doit se matérialiser par « l'investiture conjointe » par les autorités des différents secteurs impliqués d'une personne chargée de mener le changement voulu et d'animer la démarche de concertation au nom des pouvoirs publics qui la missionnent.

<sup>74</sup> Marie-Aline Bloch et al, op. cit.

## Relevé des principales préconisations du Conseil de la CNSA

### Pour une pleine participation des usagers

- 1 >** Associer les usagers et leurs représentants à la conception des politiques publiques et à l'élaboration des actions d'information à leur intention de façon qu'elles soient le plus favorables possible à la continuité des parcours de vie.
- 2 >** Rechercher la pleine participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre de leur projet de vie pour que leur parcours de vie soit en adéquation avec ce projet.
- 3 >** Renforcer l'effort d'information des usagers et de leurs proches en veillant à l'accessibilité de l'information à tous les usagers, en s'appuyant sur l'expertise de la CNSA pour ce qui concerne la mise en accessibilité.

### Pour une impulsion nationale claire et cohérente

- 4 >** Intensifier la concertation entre administrations au niveau national dans le cadre d'une stratégie commune et d'une responsabilité partagée et veiller à la cohérence, à la continuité et à la lisibilité des impulsions qu'elles donnent pour mobiliser les acteurs locaux au service de la continuité des parcours.

### Pour une organisation intégrée des acteurs locaux

- 5 >** Poursuivre l'effort d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ gérontologique pour engager une transformation en profondeur de la façon de travailler de chacun des acteurs :
- favoriser une meilleure interconnaissance entre les acteurs ;
  - encourager le partage d'outils, de référentiels ;
  - activer les leviers financiers, tarifaires, organisationnels... permettant de créer une responsabilité collective des acteurs d'un territoire pour assurer la continuité des parcours de vie d'une population.
- 6 >** Étendre cette dynamique d'intégration au champ du handicap, en l'adaptant à ses spécificités, et confier l'impulsion de cette dynamique à un pilote identifié, missionné par les membres de la commission exécutive de la MDPH.
- 7 >** Prévoir la réunion au niveau local de l'ensemble des institutions en charge de la régulation des politiques publiques intervenant dans la continuité des parcours de vie des personnes, condition d'une gouvernance « intégratrice ».

- 8 >** Accompagner la nécessaire adaptation des pratiques professionnelles, élément clé du changement à accomplir :
- en décloisonnant les cursus de formation et les cultures professionnelles ;
  - en valorisant et en diffusant des outils d'analyse multidimensionnelle des situations ;
  - en faisant évoluer les référentiels métiers.

### Pour un contexte favorable à la coopération

- 9 >** Lever les obstacles juridiques et techniques au partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le respect des droits de la personne.
- 10 >** Renforcer la fongibilité des enveloppes de crédits gérées par les ARS et en assouplir les modalités de mobilisation et d'affectation.

### Pour une offre d'accompagnement et de soins graduée et diversifiée

- 11 >** Favoriser la diversification de l'offre d'accompagnement :
- en assouplissant le cadre d'exercice des établissements et services médico-sociaux ;
  - en facilitant le développement de lieux de vie « intermédiaires » (vie à domicile accompagnée) par la levée des obstacles juridiques et l'intensification de l'effort d'adaptation de l'habitat ;
  - en diversifiant les outils à disposition des ARS et des conseils généraux pour faire évoluer l'offre de façon réactive ;
  - en incitant à la coopération des acteurs.
- 12 >** Privilégier, chaque fois que c'est possible, le recours aux dispositifs de droit commun, et concevoir les dispositifs spécialisés comme subsidiaires et complémentaires dans une logique de société inclusive.

### Pour une progression de la connaissance par des travaux de recherche

- 13 >** Harmoniser les modes d'anonymisation des données utilisés pour les bases de données nationales de façon à permettre leur exploitation croisée, et ouvrir plus largement l'accès à ces bases de données pour des travaux de recherche.





# \*03

## EXÉCUTION DU BUDGET





## Chapitre 1

Le budget exécuté  
en 2012 section par section

➤ p. 58

## Chapitre 2

Les principales  
caractéristiques  
du budget 2012 :  
un retour à l'équilibre

➤ p. 65



D'un montant de 20,5 milliards d'euros en 2012, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. L'examen par le Conseil de l'exécution de ses six sections permet d'alimenter le débat public sur tous les aspects des politiques ainsi financées.

# Le budget exécuté en 2012 section par section

Les ressources de la CNSA proviennent principalement de deux origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), votés dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale ; et des ressources propres constituées par la contribution solidarité autonomie (CSA : la « journée de solidarité » instaurée par la loi du 30 juin 2004) et une fraction (0,1 point) de la contribution sociale généralisée (CSG). Les premiers constituent 80,5 % des produits de 2012, les ressources propres 17,5 % (le solde provenant de ressources diverses, versements de l'assurance vieillesse, produits de trésorerie et reprises de provisions).

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la caisse en six sections distinctes. Les cinq premières sections regroupent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA ; la sixième est consacrée aux dépenses de gestion de la Caisse. Deux 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 2012, section par section, est complétée, dans le deuxième chapitre de cette partie, par une présentation des principales évolutions intervenues en 2012 en termes de modalités de gestion de l'objectif global de dépenses (OGD).

Le budget primitif 2012 a été fixé lors du Conseil du 15 novembre 2011 à 20 501 M€, en croissance de 2,7 % par rapport au budget rectifié 2011. Il a fait l'objet de plusieurs modifications en cours d'année 2012 et notamment :

- au Conseil du 12 avril 2012 pour tenir compte d'un ajout au PAI 2012 de 70 M€ ;
- au Conseil du 10 juillet 2012 pour ajouter 50 M€ au même PAI 2012 ;
- une décision modificative d'urgence (DMU) en date du 10 décembre 2012 créant une section d'investissement de 500 000 € en section V ;
- une décision modificative d'inventaire (DMI) en date du 26 février 2013, présentée à l'approbation du Conseil du 23 avril 2013 afin de tenir compte des 170 M€ dédiés au fonds de soutien exceptionnel aux départements (en application de l'article 48 de la LFR 2012 en date du 29 décembre 2012).

Le budget exécuté 2012 se clôt à hauteur de 20 487 M€ (total des charges comptabilisées).

Les chiffres présentés ci-dessous sont issus de la clôture des comptes 2012.



**★Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (17 528 M€ de charges en 2012, soit 85,6 % 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 des flux de trésorerie entre l'assurance maladie et la CNSA.

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

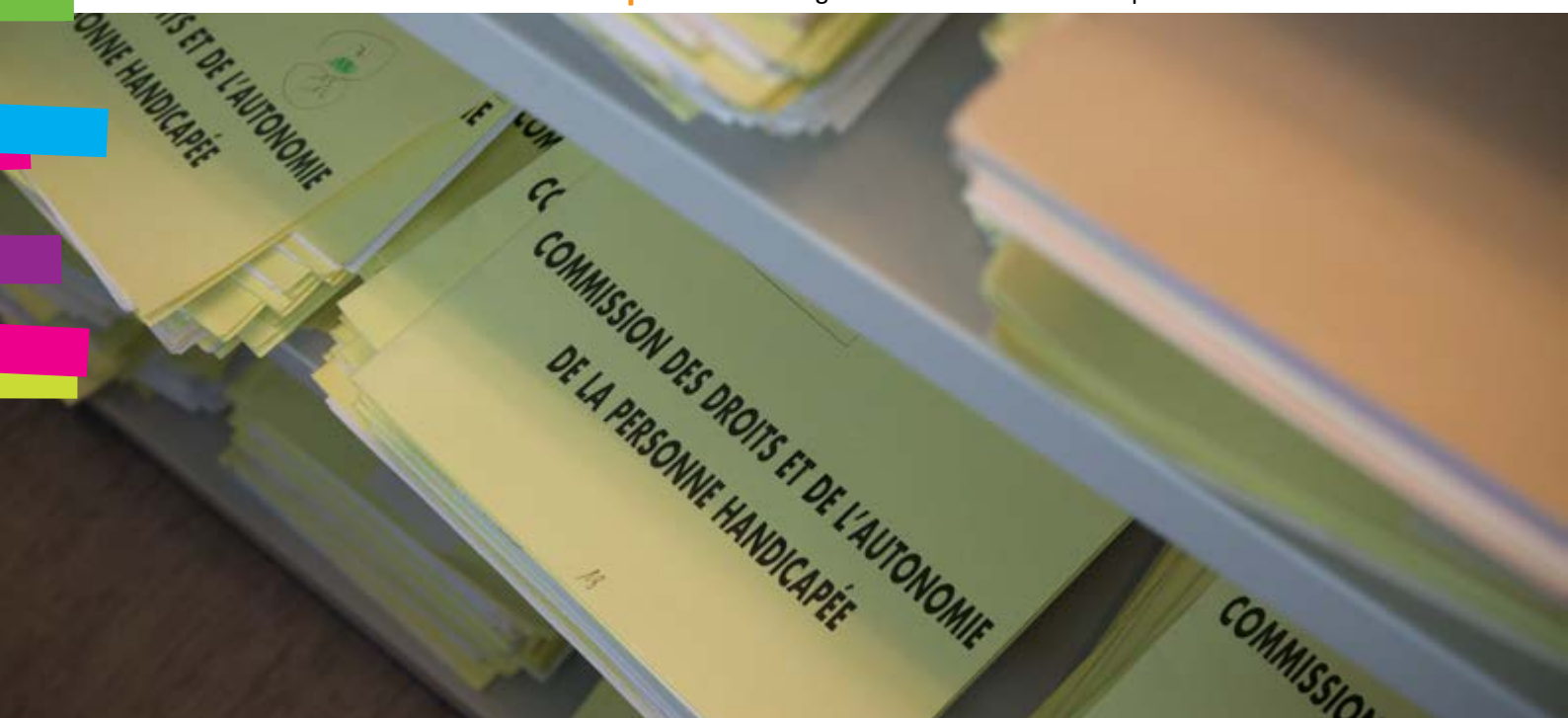
**La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (8 752 M€ de charges, soit une croissance de 2,3 % par rapport à l'exécution 2011).**

**Les ressources de cette sous-section consistent :**

- en une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), comprise entre 10 % et 14 %. En 2012, cette part a été fixée à 13 % pour tenir compte de l'affectation de 1 % de CSA au plan d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes handicapées 2012 (cf. loi de financement de la sécurité sociale – LFSS – pour 2012) ; ce montant est de 310,6 M€, soit une hausse de 10,7 % par rapport à 2011 ;
- en la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 8 444,0 M€ (montant fixé par l'arrêté du 19 avril 2012), soit + 2,3 % par rapport à 2011 ;
- en une reprise sur provision ACOSS pour 0,1 M€.

**Les charges de cette sous-section sont constituées :**

- du remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes handicapées, s'élevant à 8 719,3 M€ (+ 2,8 % par rapport à 2011), traduisant une surconsommation de 16,3 M€ de l'objectif global de dépenses (OGD) PH 2012 ;
- d'une contribution au budget des ARS pour le financement des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM) de 27 M€ ;



- de contributions au financement des frais de fonctionnement d'agences travaillant dans le secteur médico-social telles que l'ANESM (0,7 M€) et l'ANAP (0,5 M€) ;
- de diverses charges pour un montant total de 22,7 M€ : transfert vers la section IV.2 du budget en faveur des personnes handicapées (financement des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées pour 11,9 M€), vers l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuation et frais de collecte pour 4,7 M€), ainsi que vers la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 6,1 M€).

Cette sous-section dégage en 2012 un déficit de 15,5 M€, lié à la surconsommation de l'OGD personnes handicapées, à comparer à un déficit de 0,1 M€ en budget primitif.

**La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (8 776 M€ de charges, en progression de 5,2 % par rapport à l'exécuté 2011).**

**Les ressources de cette sous-section proviennent :**

- d'une fraction qui passe de 38 à 39 % du produit de la contribution de solidarité pour

- l'autonomie (CSA), soit 931,8 M€ (en hausse de 5 % par rapport à 2011) ; en effet, à l'instar de la sous-section I-1, une part de 1 % de la CSA a été affectée à un plan d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes âgées (PAI PA 2012) ;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 8 045,0 M€, montant fixé par l'arrêté interministériel du 19 avril 2012, soit une augmentation de 6 % par rapport à 2011
  - d'une reprise sur provision ACOSS pour 0,1 M€.

**Les charges de cette sous-section comprennent :**

- le remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des ESMS pour personnes âgées, s'élevant à 8 736,0 M€ (+ 5,2 % par rapport à 2011), qui reflète une sous exécution de 189,0 M€ de l'OGD personnes âgées 2012 ;
- une contribution au budget des ARS pour le financement des 138 MAIA, dont 88 nouvellement créées en 2012 pour un montant global de 24,8 M€ ;
- les contributions aux frais de fonctionnement d'agences travaillant dans le secteur médico-social telles que l'ANESM (1,1 M€), l'ANAP (0,5 M€) et l'ATIH (0,06 M€) ;
- diverses charges pour un montant total de 29,7 M€ : transfert vers la section V du budget en faveur des personnes âgées pour



10 M€, vers l'ACOSS au titre du recouvrement des recettes (atténuation et frais de collecte pour 13,5 M€), ainsi que vers la section VI du budget de la CNSA (quote-part du financement des frais de gestion à hauteur de 6,2 M€).

Cette sous-section dégage en 2012 un excédent de 184,6 M€, à comparer à un déficit de 7,4 M€ en budget primitif. Cette différence est pour la plus grande part liée à la sous-consommation de l'OGD personnes âgées, qui s'est élevée à 189 M€.

Le résultat 2012 de la section I est un excédent de 169,1 M€. L'excédent constaté en 2011 était moins élevé (142,5 M€) en dépit d'une sous-consommation plus importante (270,5 M€) car la section I avait été construite en déficit (de 140 M€).

La sous-consommation globale de 173,6 M€ constatée en 2012 est quasiment intégralement liée au secteur des personnes âgées, qui voit toutefois sa sous-consommation se réduire sensiblement à 189 M€, soit 2,1 % de l'OGD PA (au lieu de 2,96 % de l'OGD en 2011). L'OGD personnes handicapées, pour sa part, présente une légère surconsommation de 16,3 M€.

### **\*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 1 678,8 M€, soit une hausse de 1,8 % par rapport à l'exécution 2011.

Il est constitué de :

- 20 % des ressources de CSA, soit 477,8 M€ (+ 2,4%) ;
- 95 % des ressources de CSG, soit 1 130,0 M€ (+ 2,8%) ;
- 68,7 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse (+ 1,7 %) ;
- 1,8 M€ de produits financiers (– 33 %) ;
- 0,4 M€ de reprises sur provisions ACOSS.

Le montant du concours APA 2012 résultant des ressources affectées s'élève à 1 655,9 M€,

ce qui représente une hausse de 2,1 % par rapport à 2011.

Ce chiffre tient compte du financement sur cette section du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part personnes âgées : 2 820 €), et de diverses charges dont les atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (20,8 M€) et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (1,2 M€).

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

Cette section a bénéficié de ressources à hauteur de 624,4 M€, en hausse de 1,7 % par rapport à 2011, qui se répartissent ainsi :

- 26 % des ressources de CSA, soit 621,2 M€ (+ 2,4%) ;
- 0,2 M€ de régularisation de trop-versé sur la PCH 2011 ;
- une reprise des provisions passées avec la CNAF pour 0,2 M€ ;
- 1,8 M€ de produits financiers (– 33 %).

Le montant du concours PCH 2012 est de 544,8 M€, en progression de 3,2 % par rapport à 2011.

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

- du concours versé aux départements au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) maintenu à 60 M€ ;
- du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part PH : 1 937 €).

Elle abonde également la section V-2 à hauteur de 10 M€, pour le soutien aux études, recherches et actions innovantes à destination des personnes handicapées, et supporte diverses charges comme les atténuations de recettes et frais de collecte ACOSS (8,8 M€) et la quote-part du financement des frais de gestion de la CNSA en section VI (0,4 M€).

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

Depuis 2012, les deux sous-sections (PA et PH) sont fusionnées en une seule section.

Les ressources de la section ont été fixées pour 2012 par arrêté à :

- 5 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 59,5 M€ ;
- 11,9 M€ prélevés sur la section I-1.

Les dépenses strictement relatives à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service retracées dans la section IV font ressortir un excédent de 23,6 M€ (à comparer à un excédent de 7,8 M€ enregistré en 2011).

Cet excédent s'explique, d'une part, par la contribution aux ARS moins élevée que prévu (de 8,5 M€), et d'autre part par la reprise de provisions, qui a dégagé un excédent de 15 M€.

Toutefois, les engagements pour l'exercice 2012 ont été réalisés à hauteur des prévisions ; le conventionnement avec les conseils généraux, les têtes de réseaux, les OPCA ainsi que les aidants familiaux s'est poursuivi à un rythme soutenu et satisfaisant.

Par ailleurs, on notera l'inscription de la première tranche du fonds de restructuration des services d'aide à domicile pour 25 M€, sans influence sur le résultat étant donné qu'elle a fait l'objet d'un versement équivalent de l'État.

Enfin, comme le prévoyait l'article 48 de la LFR 2012, une charge de 170 M€ a été inscrite (ce qui a fait l'objet de la DMI du 26 février 2013) afin de pouvoir financer en 2013 le fonds de soutien aux départements en difficulté.

Au final, la section IV présente un déficit de 146,4 M€.

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

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

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

Les ressources de la section V s'élèvent à 20 M€, correspondant aux prélèvements annuels de 10 M€ respectivement sur les sections I-2 et III.

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

## Focus

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

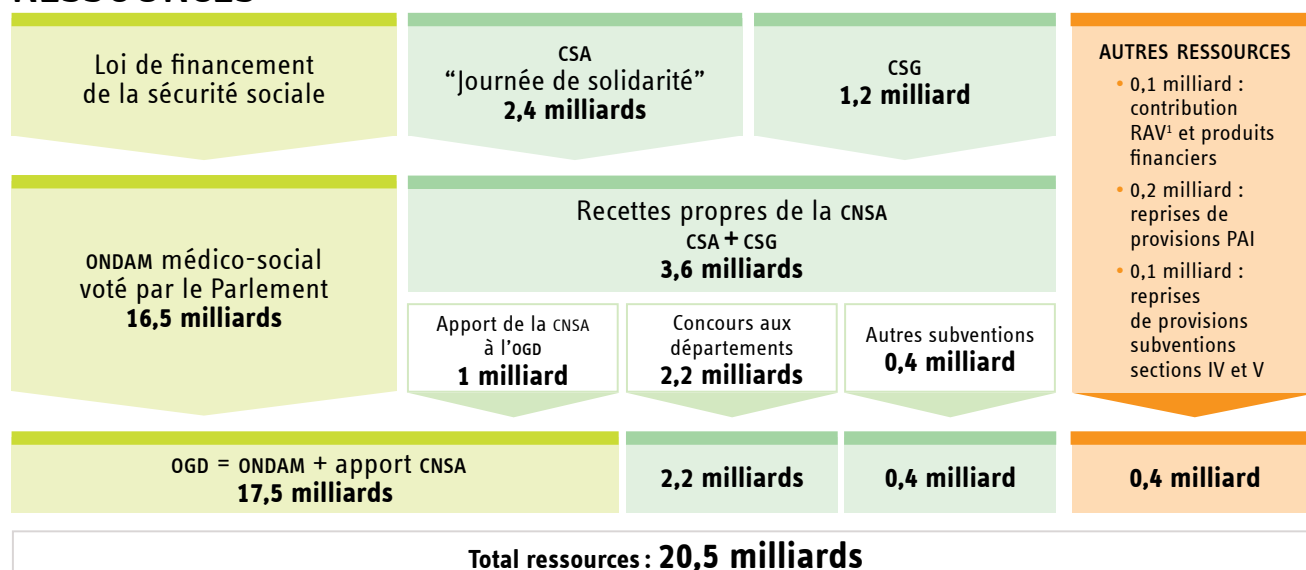
Bien qu'elle ne soit pas soumise à une obligation de certification de ses comptes, la CNSA s'est engagée dans cette démarche structurante. La Caisse a mis en place une équipe projet « contrôle interne et certification » dès 2009 et a lancé une démarche de contrôle interne baptisée « KORU ». Celle-ci a consisté notamment à cartographier les risques comptables et financiers par grand « cycle » (systèmes d'information, personnel, charges, produits...) et à renforcer la formalisation de procédures.

Après une mission d'« audit à blanc » qui avait objectivé l'état de préparation de l'établissement à la future certification de ses comptes, des améliorations ont été apportées en 2011 et 2012. C'est dans ce contexte que la CNSA a accueilli à la fin de l'année 2012 un commissaire aux comptes, qui a procédé à la certification de ses comptes 2012 sans réserves.

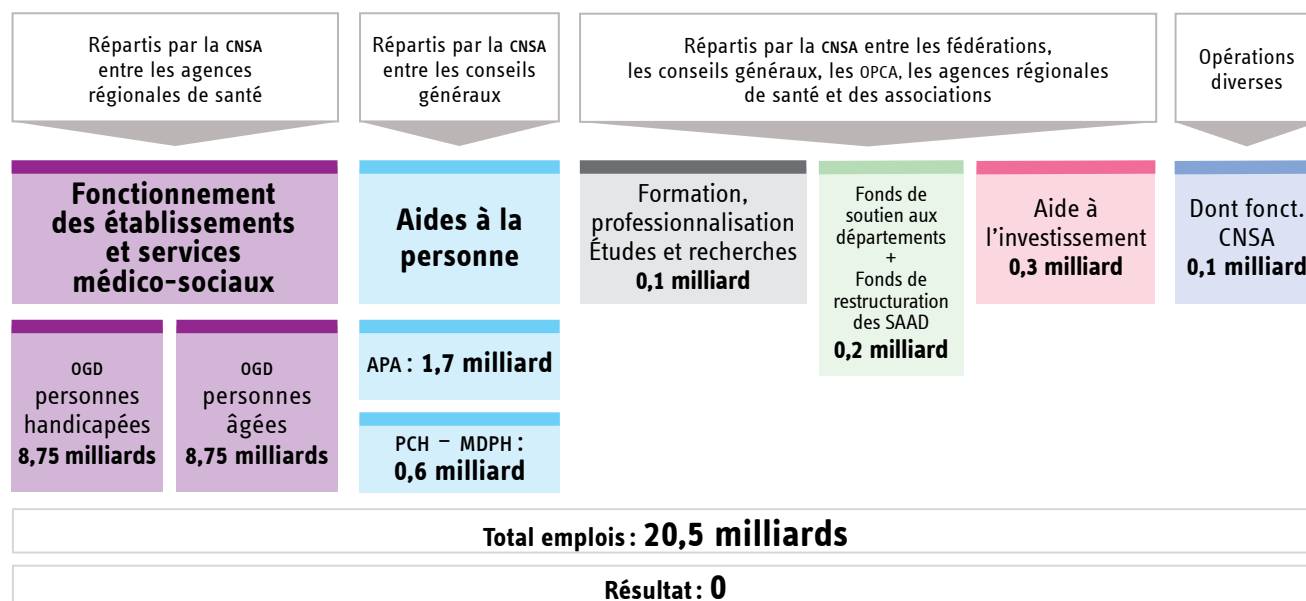
# Principaux crédits gérés par la CNSA (en €)

Budget exécuté 2012 – Conseil du 23 avril 2013

## RESSOURCES



## EMPLOIS



<sup>1</sup> RAV : régimes d'assurance vieillesse.

Concernant les PAI, 2012 voit la poursuite de la démarche entamée en 2011 avec la construction d'un plan d'aide à l'investissement par prélèvement de 2 % des recettes de CSA conformément à la LFSS 2012, pour un montant de 47,8 M€. Une enveloppe supplémentaire de 120 M€ a été rajoutée au PAI 2012 (dans le cadre de deux budgets modificatifs). Les 2 % de CSA dédiés au PAI 2012 ayant fait l'objet d'un gel en application de la loi de programmation des finances publiques pour 2011 à 2014, la notification 2012 aura été limitée à 120 M€ et n'aura donné lieu à aucun paiement sur l'exercice 2012.

Concernant les dépenses relatives aux plans de modernisation, puis plans d'aide à l'investissement, des établissements médico-sociaux décidés entre 2006 et 2011, le montant des paiements a été de 192,5 M€ en 2012.

Au total, le déficit de la section s'élève à 44,6 M€, à comparer à une construction initiale en déficit de 120 M€ (due à l'ajout

d'un PAI de 120 M€ pour 2012). Cet écart provient pour 65 M€ de l'exécution des PAI (dont 18 M€ d'opérations abandonnées et/ou annulées sur les PAI 2006-2011) et pour 10,5 M€ de l'exécution des autres dépenses prévues sur la section.

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

Les crédits affectés à cette section (14,7 M€, soit 0,07 % 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.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (13,5 %), les dépenses de fonctionnement courant (13,5 %), les dépenses de personnel (61 %), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (12 %).

## **L'ESSENTIEL**

Le budget de la CNSA est construit autour de six sections dont les produits et les charges sont définis par la loi, de façon à garantir que les ressources de la Caisse sont bien allouées à ses différentes missions, et à en rendre compte de façon transparente. L'analyse section par section proposée dans ce chapitre permet de décomposer le résultat global constaté en 2012, soit un budget exécuté à hauteur de 20 487 M€.

La section I, qui retrace l'objectif global de dépenses encadrant le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (8 752 M€ en 2012) et pour personnes âgées (8 776 M€), a également permis de financer le fonctionnement des MAIA et des GEM (contribution au budget des ARS à hauteur respectivement de

24,8 M€ et 27 M€) et les frais de fonctionnement d'agences comme l'ANESM, l'ANAP et l'ATIH. Elle dégage un excédent de 169,1 M€.

La section II est principalement dédiée aux concours aux départements pour le financement de l'APA (1 655,9 M€ en 2012) et la section III est composée essentiellement des concours versés aux départements au titre de la PCH (544,8 M€) et des MDPH (60 M€). Elles sont à l'équilibre à l'issue de l'exercice 2012.

La section IV est relative à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle a été mise à contribution pour le

financement du fonds de soutien aux départements en difficulté à hauteur de 170 M€, ce qui a abouti à un déficit final de 146,4 M€.

La section V finance le soutien aux actions innovantes, études et recherches, et des dépenses en matière de systèmes d'informations, mais également les plans d'aide à l'investissement (à partir des fonds propres issus des excédents des années précédentes). Ses recettes se sont élevées à 20 M€ en 2012. Elle termine l'exercice 2012 avec un déficit de 44,6 M€ (notamment du fait de sa construction initialement déficitaire pour tenir compte du PAI de 120 M€ pour 2012).

La section VI retrace le budget de fonctionnement de la CNSA et représente 14,7 M€.



L'année 2012 a connu un taux de consommation élevé de l'objectif global de dépenses (99,29 %) et une progression marquée de la capacité à piloter la dépense et à en prévoir l'évolution, conformément aux objectifs fixés dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015.

# Les principales caractéristiques du budget 2012 : un retour à l'équilibre

L'année 2012 se solde par une sous-consommation de l'OGD proche de 173 M€. Compte tenu par ailleurs du financement sur réserves du fonds de soutien aux départements en difficulté pour 170 M€, le budget exécuté 2012 de la CNSA se traduit par un déficit de 21,7 M€.

## ★ Objectif global de dépenses : un pilotage renforcé ayant abouti à un niveau de consommation sans précédent

L'exécution finale du budget de la CNSA dépend largement du pilotage et du résultat d'exécution de la section I, consacrée essentiellement à l'OGD.

L'année 2012 marque un certain nombre de progrès dans le suivi de la consommation de l'OGD. Conformément à l'une des priorités de sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec l'État, la CNSA a ainsi renforcé son pilotage de l'exécution tarifaire et budgétaire des dotations régionales limitatives (DRL) notifiées aux ARS (animation du réseau des correspondants en ARS chargé de la tarification médico-sociale ; analyse du contenu et des rythmes des versements aux établissements).

La sous-consommation connaît donc une baisse significative en 2012.

**Un pilotage renforcé qui a permis une meilleure utilisation des dotations régionales limitatives par les ARS**

Le suivi de l'allocation de ressources s'est renforcé au travers d'un accroissement des remontées d'information infra-annuelles de la tarification des ARS : l'exercice 2012 a permis le déploiement de l'application HAPI, destinée à permettre une connaissance « au fil de l'eau » de la tarification des ARS (cf. chapitre 2 de la partie Activité). Dans la mesure où cet outil était utilisé pour la première fois, un dispositif transitoire l'a accompagné pour permettre à l'échelon central de disposer d'une vision sur le niveau et la structure de la tarification 2012 des ARS.

Les agences ont ainsi renseigné une « enquête flash » qui a permis, à l'automne, de disposer d'un état des prévisions de tarification pour la fin d'exercice 2012. Cette enquête a alimenté les travaux d'un groupe interadministratif chargé d'étudier les moyens de lever les freins à la consommation de l'OGD.

◀ **COG**  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°1

Ces actions ont produit des résultats significatifs dès l'exercice 2012 : les dialogues de gestion entre la CNSA et les ARS ont ainsi fait apparaître une gestion mieux maîtrisée des dotations régionales limitatives de crédits, qui se traduit par une amélioration globale des taux d'exécution, la réduction progressive du niveau de disponibilité budgétaire et, parallèlement, une gestion plus rigoureuse de l'allocation des crédits non reconductibles (CNR).

Ainsi, dans le champ des personnes âgées, les DRL ont été exécutées à 99,29 % (contre 98,12 % en 2011). Cette amélioration est notamment due à l'attribution par les ARS, en fin de campagne budgétaire, de crédits non reconductibles. Dans le champ des personnes handicapées, les DRL ont été exécutées à 99,75 % (contre 99,96 % en 2011), soit un taux d'exécution très légèrement inférieur à celui de 2011.

Cette amélioration des taux de consommation des enveloppes repose sur une progression de la qualité générale du suivi des autorisations et de la programmation d'une part, et sur la meilleure visibilité des ARS sur les crédits dont elles disposeront au cours des exercices à venir d'autre part (notamment au travers du dispositif d'« autorisation d'engagement » récemment décliné sur le dispositif de médicalisation).

#### **Certains facteurs résiduels de sous-consommation persistent**

Le résultat final sur l'OGD reste marqué, comme en 2011, par une exécution contrastée dans les champs personnes âgées et personnes handicapées, soit une sous-consommation encore élevée, quoique en diminution tendancielle dans le secteur personnes âgées (189 M€), partiellement neutralisée par le dépassement de l'enveloppe personnes handicapées (16 M€). Plusieurs facteurs expliquent cette sous-consommation.

Au-delà des 124 M€ de crédits conservés au niveau national (dont 37 M€ au titre de la mise en réserve en application de la loi de programmation des finances publiques et 87 M€ non délégués faute de prévisions d'ins-

tallation signalées par les ARS), 65 M€ n'ont pas été consommés par les ARS car non tarifés en dépit d'une attribution très dynamique de CNR (374,4 M€ de CNR en 2012). Ces montants non consommés restent toutefois dans les DRL car largement issus d'installations, de labellisations ou de conventionnement versés au *prorata temporis*, soit des décisions prises en 2012 qui vont conduire les ARS à déléguer ces financements en 2013 au titre des « extensions en année pleine ».

Il convient de souligner que cette part de la sous-consommation résulte pour partie d'une surestimation par les ARS de la « capacité à faire » des gestionnaires d'établissements et services, qui les conduit à prévoir en N-1 des besoins en crédits de paiement pour l'année N s'avérant surévalués. Cet aspect est particulièrement marqué dans le champ personnes âgées. Il apparaît que les structures cofinancées par l'assurance maladie et les conseils généraux (dont font partie les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD) accusent davantage de retard à l'installation que les structures financées par les seuls crédits d'assurance maladie. Dans le champ personnes handicapées, ces structures cofinancées représentent une part moins importante des établissements et services, et le niveau de crédits non consommés par les ARS est trois fois moindre (moins de 22 M€), les prévisions d'installation étant plus fiables.

Du fait de taux d'exécution élevés et bien que les reprises de résultats soient restées excédentaires, le montant des CNR alloués a connu une baisse significative.

#### **La meilleure visibilité sur la tarification des ARS a permis de progresser sur les prévisions d'exécution en cours d'exercice**

L'amélioration du pilotage tarifaire au niveau national et la meilleure connaissance du rythme et de la structure de la tarification de l'année ont permis en 2012 de progresser dans la prévision du résultat d'exécution en cours d'année.

Dans le champ personnes âgées, la préconisation de la Cour des comptes consistant à

déterminer une provision pour « charges à payer » a conduit à prendre en compte une charge nouvelle en 2012 (provision constituée fin 2012 pour permettre un rattachement à cet exercice des arrêtés tarifaires parvenus aux caisses primaires d'assurance maladie – CPAM – postérieurement à la clôture des comptes). Le montant de ce provisionnement, qui s'établit à 21 M€ sur l'OGD personnes âgées, a été déterminé par référence au bilan de la tarification remonté par les ARS. Ce travail a été conduit en collaboration étroite avec l'agence comptable de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

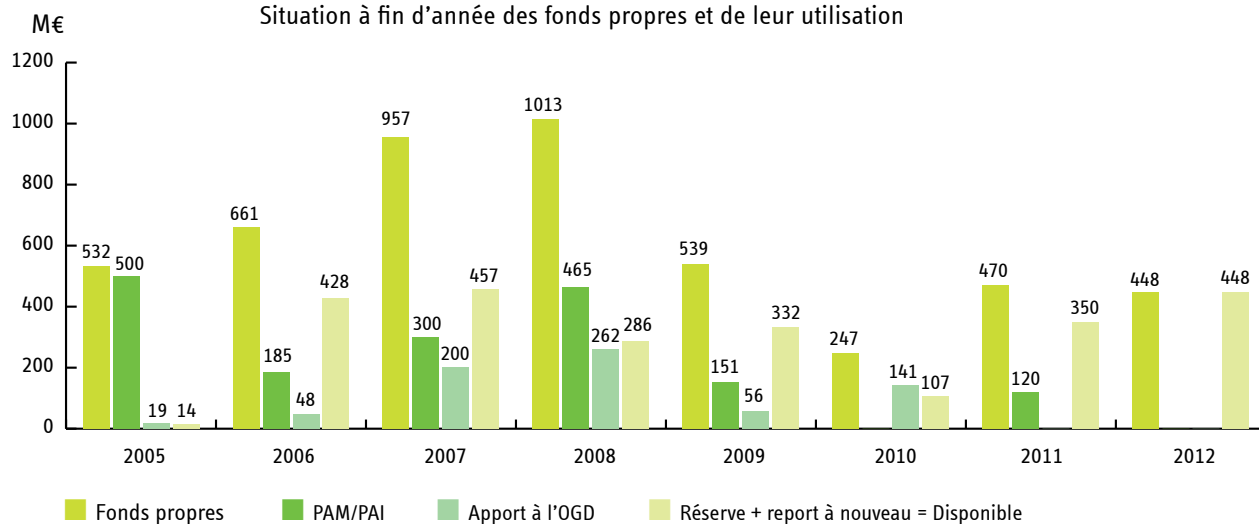
Dans le champ personnes handicapées, les opérations de provisionnement (sur la dépense liée aux établissements tarifés au prix de journée et, depuis 2012, sur la dépense liée aux établissements tarifés en dotation glo-

bale) ont souvent conduit à des variations de résultats de fin d'exercice. En 2012, cependant, leur impact sur l'exécution « en versement aux établissements et services » reste modeste, faisant passer la surexécution sur l'enveloppe personnes handicapées de 18 M€ à 16 M€.

En méthode, l'exercice 2012 a été l'occasion d'un travail approfondi de rapprochement des versements aux établissements et services (par les CPAM) et de la tarification (par les ARS) qui a permis, dans le secteur des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée, de mieux « photographier » le rythme de versements des prix de journée (de N à N+2). L'impact des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur l'évolution de la dépense liée aux établissements tarifés au prix de journée reste toutefois à objectiver.

### \*Évolution des réserves de la CNSA entre 2006 et 2012

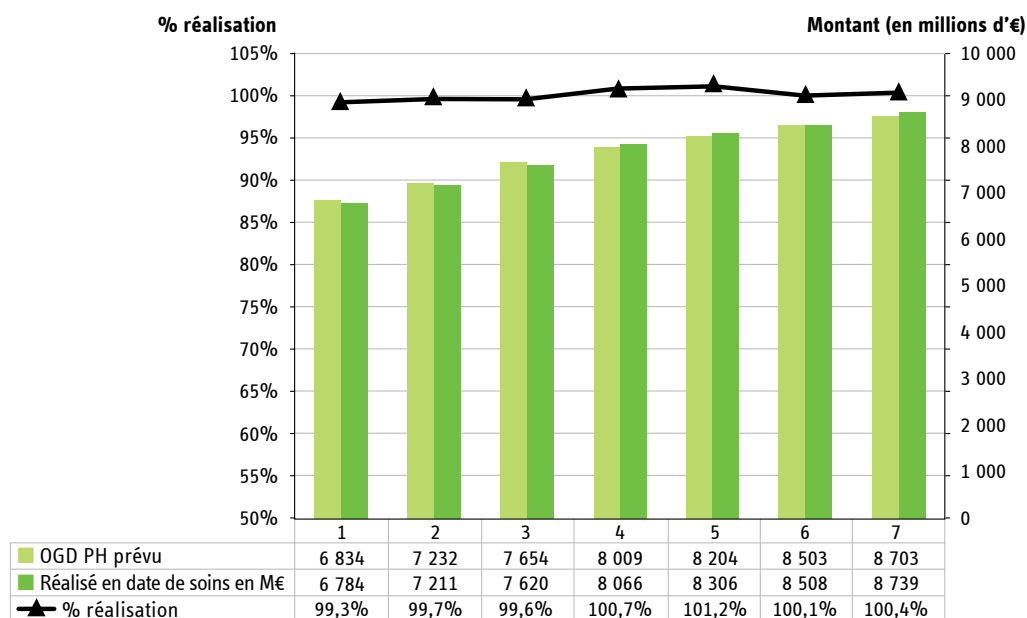
Situation à fin d'année des fonds propres et de leur utilisation



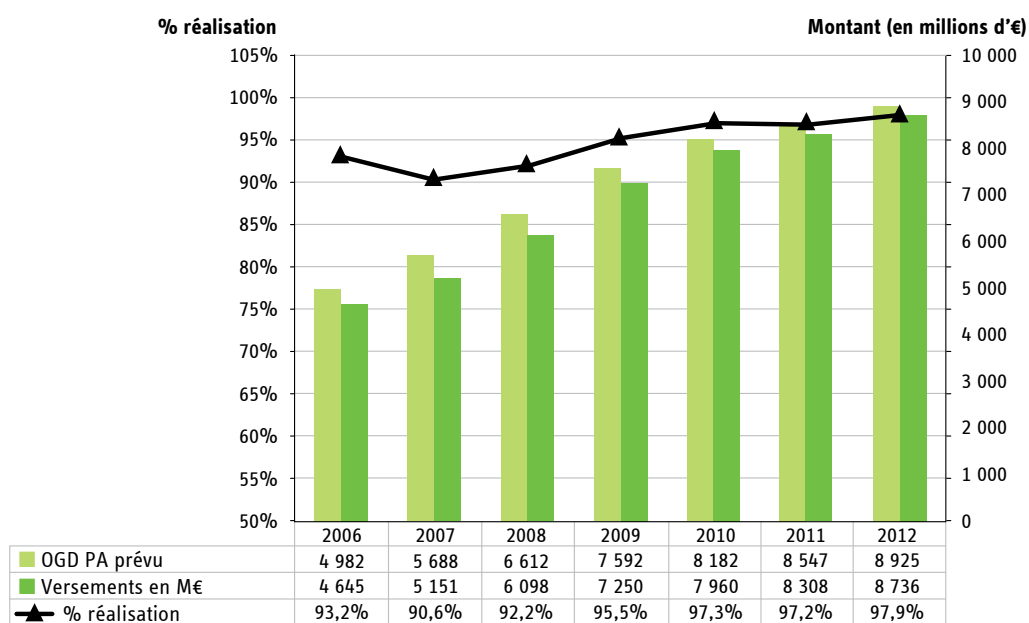
**\* Taux de consommation des crédits de l'OGD depuis 2006**

Suivi des dépenses de l'OGD personnes âgées et personnes handicapées de 2006 à 2012

• **OGD personnes handicapées**



• **OGD personnes âgées**



NB : Pour 2012, il ne s'agit pas strictement de données en dates de soins, dans la mesure où les dépenses exécutées en 2013 relevant de 2012 ne sont pas encore entièrement connues en avril 2013.



### **\* Une montée en puissance des contributions directes au budget des ARS**

L'année 2011 avait constitué la première année de plein exercice pour les ARS. Ces dernières sont devenues pour la CNSA un vrai « partenaire financier » dans le secteur médico-social.

En 2012, la contribution versée aux ARS par la CNSA a continué sa progression : si les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont vu leur montant 2011 reconduit (27 M€ au lieu de 25 M€ pour tenir compte des effets année pleine), le financement dédié aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) a sensiblement augmenté du fait de la mise en place, courant 2012, de 88 nouvelles MAIA sur le territoire, de sorte que la contribution versée à ce titre s'est établie à 24,8 M€ (contre 5,6 M€ en 2011). Par ailleurs, la CNSA a continué à verser des crédits dédiés au financement de la formation des aidants dans le cadre du plan Alzheimer (1,5 M€).

Un dispositif de suivi de l'utilisation de ces crédits a été mis en place. Les modalités seront toutefois revues en 2013 : les crédits relatifs aux GEM et aux MAIA seront versés au Fonds d'intervention régional (FIR) des ARS.

### **\* La signature de la convention avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

Dans le cadre de la COG signée entre l'État et la CNSA pour la période 2012-2015, la CNSA doit s'appuyer sur l'expertise développée par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité dans le secteur hospitalier.

En effet, le contrat d'objectifs et de performance (COP) signé entre l'État et l'ATIH prévoit explicitement l'extension des missions de cette dernière au secteur médico-social et la réalisation d'enquête de coûts, notamment en EHPAD, sur la base d'un financement de la CNSA. Le COP pose le principe d'une

convention CNSA-ATIH pour mettre en œuvre les enquêtes de coût médico-sociales.

À cette fin, le budget de la CNSA pour 2012 intégraient en section I (sous-section 2) une dépense prévisionnelle de 500 000 € au titre de 2012. Toutefois, le démarrage tardif de cette enquête en 2012 et la montée en charge progressive de l'ATIH sur les thématiques médico-sociales ont conduit à une dépense limitée à 60 000 €, comme le stipule la convention CNSA-ATIH en date du 21 décembre 2012.

Une convention « cadre » entre l'ATIH et la CNSA est à l'étude afin d'organiser de manière plus durable l'ensemble des études de coûts devant être réalisées dans le champ de l'autonomie (poursuite de l'enquête EHPAD ; enquête de coût sur les SSIAD ; enquête de coût sur les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées) et afin d'offrir une meilleure lisibilité sur la charge financière, le calendrier et les moyens humains requis sur le moyen terme.

### **\* La mise en œuvre du fonds de modernisation des services d'aide à domicile**

Au cours des années 2011 et 2012, les difficultés financières rencontrées par les services d'aide à domicile, quel que soit leur régime ou leur statut juridique, ont été particulièrement soulignées.

Afin d'aider le secteur à faire face à ces difficultés, la création d'un fonds d'aide exceptionnel et de restructuration de 50 M€ a été décidée dans le cadre de la loi de finances pour 2012 (article 150). Ce fonds, alimenté par des crédits du budget de l'État, est intégré à la section IV du budget de la CNSA. Il est destiné à apporter un appui financier ponctuel aux services d'aide et d'accompagnement (relevant des paragraphes 1° et 2° de l'article L. 313-1-2 du Code de l'action sociale et des familles) se trouvant en difficulté financière. Les services concernés sont ceux qui servent des prestations majoritairement en direction des publics fragiles, cela quel que soit leur statut : agréés, autorisés, entreprises, associations.

**COG**  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°1

La répartition par la CNSA des enveloppes régionales limitatives aux ARS a été effectuée conformément à l'arrêté du 26 janvier 2012. Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont responsables, au niveau régional, de la répartition des crédits entre les services ayant déposé un dossier de demande dans un calendrier déterminé.

Comme convenu, la première tranche de 25 M€ (en crédits de paiement) a été versée aux ARS en deux fois :

- en avril-mai 2012 pour l'essentiel des crédits (24,4 M€) ;
- en octobre 2012 pour le « reliquat » (0,6 M€).

Ce fonds a permis d'aider au total 600 services d'aide et d'accompagnement en difficulté.

La deuxième tranche de 25 M€, conditionnée au respect par les services des engagements souscrits dans les conventions (comme l'engagement à un retour à l'équilibre *via* des économies concrètes sur certains postes de dépenses), interviendra au plus tard avant la fin du premier semestre 2013.

### **\*Une adaptation des critères des concours APA et PCH versés aux conseils généraux**

Afin d'assurer la continuité de la répartition et du versement des concours au financement de l'APA, de la PCH ainsi qu'au fonctionnement des MDPH et d'améliorer leur lisibilité, le décret n° 2012-1434 du 20 décembre 2012 a apporté un certain nombre de modifications aux textes les régissant.

- Pour les critères de répartition :
  - la donnée de potentiel fiscal 2011 est maintenue pour le calcul de la répartition des concours APA, PCH et MDPH 2013 ;

- l'année de référence du potentiel fiscal pour les concours PCH et MDPH sera désormais celle précédant l'année de répartition, à l'instar de la donnée utilisée pour le concours APA ;

- la modification législative substituant le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) au nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) pour le calcul de répartition du concours au financement de l'APA est prise en compte au niveau réglementaire.

- Pour ce qui concerne le calendrier de transmission des données à la CNSA, la date de transmission des données relatives aux dépenses et aux bénéficiaires des prestations individuelles est repoussée au 30 juin, avec possibilité de transmission d'éléments corrigés par le département, sur demande de la CNSA, jusqu'au 31 août.

- La date du calcul des concours définitifs est désormais fixée au 15 septembre.

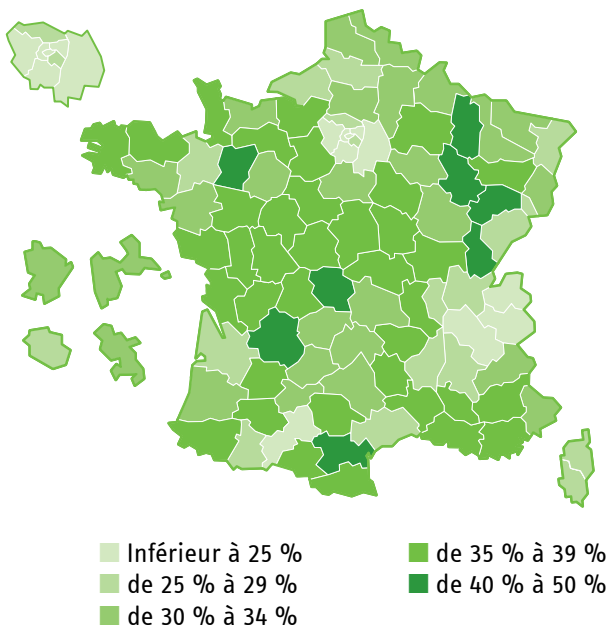
- En cas de soldes négatifs des concours APA et PCH, le délai permettant de les déduire des acomptes versés en N+1 est étendu à l'année N+2.

- Pour des questions de lisibilité, la date de versement des acomptes mensuels PCH se voit alignée sur celle des acomptes APA : à compter de 2013, ils seront versés le dixième jour du mois suivant.

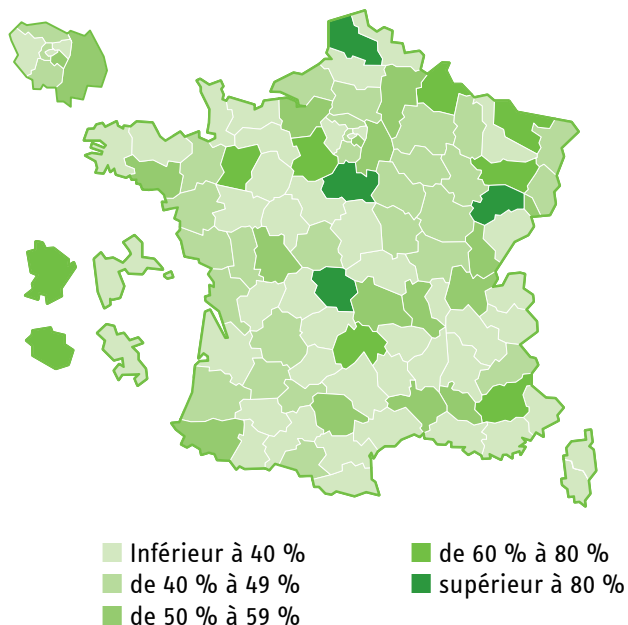
- Enfin, le montant du concours au financement de la PCH se voit plafonné au montant de la dépense PCH du département.

Toutes ces dispositions sont opérationnelles à compter du versement des concours 2013.

Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux pour l'APA en 2012



Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux pour la PCH en 2012



## L'ESSENTIEL

L'année 2012 s'est caractérisée par un renforcement du pilotage de la dépense dans le domaine des établissements et services médico-sociaux à travers le suivi de la consommation de l'objectif global de dépenses (enquête auprès des ARS, montée en charge de l'outil HAPI, dialogues de gestion avec les ARS) et l'analyse approfondie des facteurs récurrents de sous-exécution de cette enveloppe. La sous-consommation de l'OGD dans le secteur personnes âgées a ainsi diminué en 2012, le taux d'exécution s'élevant à 99,29 % contre 98,12 % en 2011. Corollaire de cette meilleure visibilité sur la tarification des établissements et services par les ARS, la prévision d'exécution en cours d'année réalisée par la CNSA gagne en fiabilité et en précision.

Les contributions versées aux ARS pour le financement des GEM et des MAIA se sont poursuivies (en augmentant pour financer de nouvelles MAIA, 88 sur les 93 créées en 2012) et ont également fait l'objet d'un dispositif de suivi de leur utilisation.

Améliorer la connaissance de la dépense passe également par l'analyse des déterminants des coûts de fonctionnement des établissements et services. C'est l'objet de la convention signée en 2012 entre la CNSA et l'ATIH.

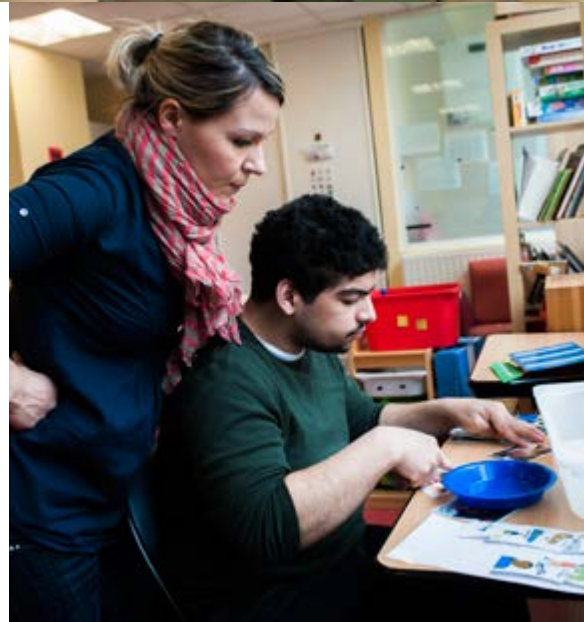
Le budget de la CNSA a intégré en 2012 le fonds d'aide exceptionnel et de restructuration du secteur de l'aide à domicile, alimenté par des crédits de l'État. Ce fonds a permis de venir en aide à 600 services d'aide à domicile en difficulté.

Enfin, les critères de répartition des concours versés par la CNSA aux conseils généraux au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH ont été adaptés, notamment pour tenir compte du remplacement du RMI par le RSA. Le calendrier de transmission des données par les conseils généraux et de calcul des concours définitifs par la CNSA a été modifié. Ces évolutions entreront en vigueur en 2013.





**\*04**  
**ACTIVITÉ**





## Chapitre 1

### Santé et aide à l'autonomie

Les actions de la CNSA pour optimiser  
les parcours de vie

➤ p. 74

## Chapitre 2

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

Développement de l'offre,  
consolidation du pilotage

➤ p. 92

## Chapitre 3

### Les maisons départementales des personnes handicapées

Animer les réseaux de professionnels  
et approfondir la connaissance

➤ p. 102

## Chapitre 4

### Aides techniques et aides humaines

Une nécessaire complémentarité

➤ p. 114

## Chapitre 5

### Études, recherche, innovation

Développer et diffuser la connaissance

➤ p. 124



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

# Santé et aide à l'autonomie

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

### **\*Faire évoluer l'offre et son organisation : la CNSA au côté des ARS**

#### **La CNSA en appui des équipes des ARS pour conduire le changement**

La CNSA entretient des relations de travail quotidiennes avec les agences régionales de santé (ARS), auxquelles elle apporte son appui, notamment dans l'exercice de programmation des créations de places et de l'évolution de l'offre et en matière d'allocation de ressources.

#### **Des réunions régulières au niveau national**

Cet appui se traduit par l'organisation régulière de journées réunissant des représentants des ARS. Celles-ci peuvent être organisées autour de thématiques spécifiques. Ainsi, en 2012, les sujets suivants ont fait l'objet de journées de travail au niveau national : modalités d'allocation de ressources, programmation de l'offre médico-sociale, bilan du fonctionnement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), déploiement du plan d'aide à l'investissement (PAI) 2012, mise en œuvre des appels à projets.

La direction des établissements et services médico-sociaux dispose en outre d'un réseau

de référents en ARS réunis régulièrement, comme les médecins en charge de valider les coupes AGGIR/PATHOS (mesures du degré de perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents) en établissements pour personnes âgées, ou encore les ingénieurs de l'équipement pour le PAI.

Enfin, la CNSA anime chaque mois une réunion du club des utilisateurs HAPI pendant une journée, qui permet de faire le point sur l'appropriation du système d'information HAPI par les agences et les évolutions souhaitées pour la prochaine campagne budgétaire.

#### **Un appui technique plus personnalisé**

L'équipe de la direction des établissements et services médico-sociaux intervient régulièrement en appui des ARS lors de visites sur site ou par contacts téléphoniques. Cet appui technique porte principalement sur les sujets liés à l'allocation de ressources. Les contacts réguliers sont également justifiés par des besoins d'enquêtes auprès des ARS, que la progression des fonctionnalités et du niveau d'utilisation des systèmes d'information devraient rendre beaucoup moins nécessaires à l'avenir.

**COG** ►  
**OBJECTIF**  
**PRIORITAIRE**  
**n°3**



Une attention particulière est portée à certaines régions, notamment en outre-mer, qui se caractérisent par des besoins importants ayant justifié des plans spécifiques de développement de l'offre. Deux missions d'appui ont ainsi eu lieu en 2012 en Guyane et en Martinique.

### Suite et fin des notifications dans le cadre des plans nationaux de création de places

Les crédits dédiés aux créations de places prévues respectivement par le plan Solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012 et le Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour personnes handicapées 2008-2012 sont délégués par la CNSA aux ARS.

En décembre 2011 et février 2012, la CNSA a soldé les plans nationaux en cours en procédant aux dernières notifications d'autorisations d'engagement (AE) fixées à cet effet par l'annexe 7 de la LFSS pour 2012 (enveloppes permettant aux ARS d'autoriser des places qui sont créées effectivement à partir de l'année suivante). Les ARS disposent désormais d'une visibilité complète sur les crédits leur permettant d'autoriser des places nouvelles jusqu'en 2016. Dans le champ des personnes âgées, 9,5 M€ ont été notifiés en 2011 et 10,8 M€

en 2012. Dans le champ des personnes handicapées, ce sont respectivement 140 M€ et 196,9 M€ qui ont été notifiés en 2011 et 2012 (hors crédits liés au schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares, *cf. infra*). Ces autorisations d'engagement se traduiront par des crédits de paiement (lorsque les places seront effectivement installées) échelonnés de façon prévisionnelle jusqu'en 2014 pour les personnes âgées, et jusqu'en 2016 pour les personnes handicapées.

Ces notifications sont accompagnées d'instructions relatives aux orientations à privilégier. Ainsi, l'objectif initial de création de places d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ayant été dépassé, la CNSA a notifié le solde des crédits du PSGA en ciblant exclusivement les places en accueil de jour, en hébergement temporaire et en services de soins infirmiers à domicile. Dans le champ du handicap, les notifications aux ARS ont porté majoritairement sur le secteur des adultes, avec un accent particulier sur les services et sur les formules d'accompagnement faisant appel au cofinancement des conseils généraux (rééquilibrage entre les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés au profit de ces derniers, par exemple).



**L'analyse des schémas régionaux  
d'organisation médico-sociale :  
pour une visibilité globale  
des perspectives d'évolution de l'offre**

Afin de disposer d'une vision globale du contenu des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS), qui constituent une source précieuse de connaissance des besoins d'évolution de l'offre, la CNSA, le secrétariat général des ministères sociaux et quelques ARS ont élaboré une grille de consolidation, devant être remplie par les ARS. Après une phase de test de cette grille, des travaux de simplification devraient être engagés afin que son remplissage soit moins chronophage pour les agences. À terme, l'application e-PRIAC, destinée à consolider les programmes régionaux et interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, pourrait évoluer pour inclure des éléments de synthèse des SROMS et les faire ainsi remonter à la CNSA de façon automatisée.

La CNSA a néanmoins procédé à une première analyse des SROMS au fur et à mesure de leur adoption par les ARS. Un bilan en novembre 2012 analysant la moitié des SROMS a ainsi permis d'identifier des axes forts et récurrents dans les schémas.

**Volet Personnes handicapées**

Soulignant souvent le déficit d'outils d'observation de l'offre et de son adéquation aux besoins, les ARS ont formalisé des diagnostics plutôt quantitatifs et fondés sur une étude des taux d'équipement des territoires en établissements et services. Plusieurs d'entre elles ont par conséquent inscrit le renforcement de leur capacité d'observation parmi les objectifs de leur schéma.

Une majorité d'ARS (83 % des schémas de l'échantillon) ont fait de l'amélioration de la fluidité des parcours des usagers une priorité stratégique. Au plan opérationnel, cette stratégie se traduit par des objectifs relatifs aux dispositifs de coordination, mais aussi aux moyens d'assouplir et de diversifier l'offre et ses modalités d'organisation.

La présence au sein des SROMS d'axes relatifs à l'accès des personnes en situation de handicap aux soins et à la prévention démontre l'intérêt de réunir sous une même autorité la régulation de l'offre sanitaire, de prévention et médico-sociale.

L'enjeu de la transformation de l'offre, via la transformation de places d'établissements en services d'accompagnement à domicile et en



milieu ordinaire, ou l'évolution de structures sanitaires vers des structures médico-sociales, est fréquemment présenté comme un objectif des schémas, mais ceux-ci ne contiennent pas de données chiffrées dans ce domaine. En termes de créations de places, les SROMS mentionnent souvent des formes d'accueil souples (accueil séquentiel, accueil d'urgence) ou la création de lieux « ressource » ou « référence » pour des problématiques spécifiques. En outre, 78 % des SROMS de l'échantillon analysé ciblent de façon prioritaire l'autisme et le handicap psychique, 71 % la problématique du vieillissement des personnes handicapées.

### **Volet Personnes âgées**

Le diagnostic de l'existant au sein des SROMS est souvent plus étayé dans le champ des personnes âgées que dans le champ du handicap (bien qu'à des degrés divers). Il s'appuie sur des données démographiques et sociales, parfois des analyses de la population bénéficiaire de l'APA, de l'état de santé des personnes âgées, etc.

Les objectifs mentionnés dans les SROMS renvoient très nettement à deux logiques principales :

- l'amélioration des dispositifs existants en termes de maillage territorial, de souplesse de fonctionnement, de lisibilité et d'accessibilité, de médicalisation ;
- l'amélioration de l'articulation des dispositifs existants entre eux et de leur pilotage : diffusion d'une culture de l'intégration des services, pilotage régional de l'accès à l'offre (gestion des places disponibles...), accès aux soins et prévention, gouvernance au niveau des territoires infrarégionaux...

Les SROMS mettent souvent en évidence des problématiques auxquelles l'ARS ne peut apporter seule de réponse globale, comme le soutien à domicile des personnes âgées ou encore l'aide aux proches aidants. De façon générale, ils témoignent d'une progression de la prise de conscience d'une responsabilité partagée entre les acteurs du territoire dans une approche « populationnelle ».

---

### **Transformer l'offre en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) : un exemple d'impulsion et d'accompagnement par la CNSA**

Les jeunes accueillis aujourd'hui au sein des 431 ITEP (14 899 places recensées au 31 décembre 2012) présentent des difficultés psychologiques qui se manifestent notamment par des troubles du comportement avec des conséquences en termes de limitation d'activités (scolaires par exemple), et une restriction de leur participation sociale (exclusions multiples), alors que leurs potentialités intellectuelles et cognitives sont préservées.

La scolarisation de ces jeunes en milieu ordinaire est un levier essentiel de leur participation effective à la vie sociale. Elle doit pouvoir être accompagnée de manière souple par les professionnels de l'ITEP. C'est pourquoi l'association AIRE, qui regroupe plus des trois quarts des ITEP, a engagé avec la CNSA une réflexion autour de la diversification des modes d'intervention des ITEP afin qu'ils soient plus modulables et évolutifs en fonction de la situation de chaque jeune.

Cette évolution vers un « dispositif ITEP » implique de repenser l'organisation des établissements et services assurant l'accueil des enfants, leurs relations avec les MDPH et les autres partenaires que sont l'école, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, la pédopsychiatrie, etc. Elle implique également d'adapter les modes de régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale mis en œuvre par les agences régionales de santé.

Le projet « dispositif ITEP », destiné à aborder l'ensemble de ces problématiques, a pris corps tout au long de l'année 2012 en lien avec l'association AIRE. Un programme d'action a été défini, coordonné par la CNSA. Une dizaine d'ARS se sont portées volontaires pour travailler sur certains axes du programme, déployé à partir de 2013.

Ce projet préfigure les évolutions nécessaires de l'offre médico-sociale, d'une logique de « lits et places en établissement » à une logique plus souple de « dispositif d'accompagnement ».

---

## **\*Le schéma handicaps rares fait progresser la réflexion sur les situations complexes**

### **Un schéma porteur d'une grande ambition**

Le handicap rare est la conséquence de trois raretés : la rareté des publics, la rareté des combinaisons de déficiences et la rareté des expertises. Le schéma national d'organisation médico-sociale sur les handicaps rares 2009-2013, piloté par la CNSA, poursuit deux objectifs :

- développer la connaissance des populations, de leurs besoins d'expertises, des capacités d'intervention auprès d'elles ;
- organiser, renforcer et mettre en réseau ces expertises très spécialisées qui ne peuvent être présentes partout. Il s'agit de répondre au besoin d'équilibre entre proximité et technicité.

Des réalisations importantes sont intervenues en 2012 dans le cadre de ce schéma.

### **Des étapes importantes dans la structuration des ressources**

#### **Au niveau national...**

Une des mesures structurantes du schéma est la mise en place d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale réunissant les centres nationaux de ressources (CNR) pour les handicaps rares. Son objectif est la mutualisation des moyens et le développement des missions collectives, tout en respectant les spécificités de chacun. Le 13 mars 2012, la secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Marie-Anne Montchamp, a signé la convention d'objectifs et de moyens du Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR). La convention garantit les moyens et la visibilité nécessaires au déploiement des missions du GNCHR, dont la dotation de fonctionnement a été établie.

Cette convention constitue une étape fondatrice dans la structuration progressive des res-

sources au niveau national, et s'accompagne d'une évolution des centres nationaux de ressources vers un projet de service commun et la formalisation d'un plan d'action pluriannuel articulant les centres au sein du groupement.

Une concertation menée avec les experts du domaine de l'épilepsie, facteur souvent présent dans les situations de handicaps rares et complexifiant l'accompagnement des personnes, a confirmé le besoin d'une ressource nationale sur les combinaisons de handicaps rares avec épilepsie sévère. À la suite d'un appel à projet, un nouveau centre national de ressources a été autorisé par arrêté le 15 décembre 2012 : il est porté par une fédération d'associations située à Vandœuvre-lès-Nancy.

#### **... et au niveau interrégional**

La structuration de l'offre médico-sociale et des ressources au niveau infranational prend appui sur sept interrégions (telles que définies dans le Code de la santé publique). Comme le prévoit le schéma, la première étape a consisté à réaliser un diagnostic des ressources existantes<sup>1</sup>. En s'appuyant sur la méthodologie testée dans l'interrégion Grand-Est en 2010-2011, l'étude a porté en 2012 sur l'ensemble des interrégions en France métropolitaine. Plus de deux cents structures, ciblées avec l'aide des centres nationaux de ressources pour les handicaps rares, des ARS et des CREAI<sup>2</sup>, ont été interrogées de façon approfondie.

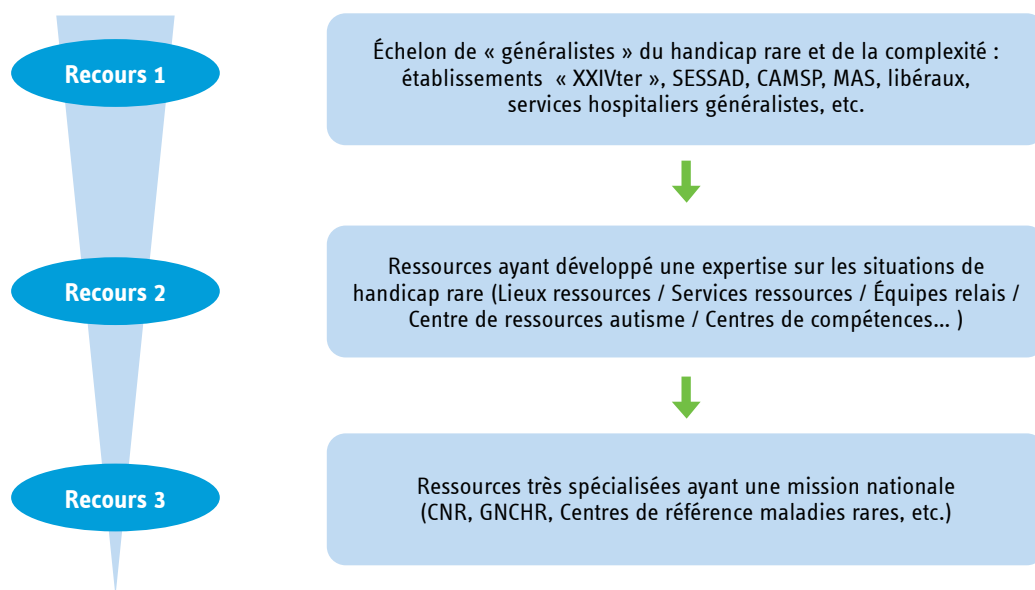
L'état des lieux permet d'avancer vers une vision neuve de ce que pourrait être une organisation axée sur la « coresponsabilité » entre les acteurs du dispositif pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap rare et leurs familles. Le besoin prioritaire identifié est ainsi d'aider la structuration d'une organisation sanitaire sociale et médico-sociale intégrée permettant de développer des stratégies d'intervention globales autour des personnes. En ce sens, le travail autour du schéma national est porteur de perspectives et d'enseignements au-delà des handicaps rares, pour d'autres types de situations dites complexes.

<sup>1</sup> Disponible sur le site du groupement national de coopération : <http://www.gnchr.fr/etat-des-lieux>

<sup>2</sup> Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (dans une fonction de bureau d'études).

---

## Handicaps rares : des ressources à différents niveaux, du plus généraliste au plus spécialisé Complémentarité et subsidiarité



Source : État des lieux approfondi des interventions et des dynamiques d'acteurs relatives aux situations de handicaps rares par interrégion en France métropolitaine, réalisé en 2012 à la demande de la CNSA par les cabinets Alcimed, ANCREAI et Ipso-facto.

---

Il s'agit bien d'exploiter au maximum de leur potentiel les complémentarités entre les niveaux de ressources et les différentes fonctions, les plus spécialisées ayant une fonction d'étayage, d'appui. L'organisation doit donc être en capacité de créer du lien entre les ressources existantes et de faciliter la mobilisation – à bon escient et chaque fois que de besoin – de l'échelon plus spécialisé, dans une recherche de subsidiarité.

### Structures spécialisées : sélection de onze dossiers

Dans le cadre du schéma national pour les handicaps rares, une enveloppe est dédiée à

la création d'établissements et services, s'élevant à 7,6 M€ en autorisations d'engagement 2011 et 23,6 M€ en autorisations d'engagement 2012. Les ARS ont ainsi été invitées à proposer des projets ayant émergé dans leur région, répondant à un certain nombre de critères (inscription dans une dynamique de travail en réseau par exemple), mais n'ayant pas encore fait l'objet d'autorisation faute de crédits. Ces projets ont été examinés par la CNSA et la DGCS, qui se sont appuyées sur les avis des ARS. Sept d'entre eux ont été retenus pour faire l'objet d'une autorisation par les ARS. Les crédits correspondant à ces autorisations (6 818 000 €) ont été notifiés aux agences à l'été 2012.



Une deuxième vague de création de places (correspondant à l'enveloppe de 23,6 M€) sera opérée par la mise en œuvre d'appels à projets interrégionaux en 2013, sur la base de cahiers des charges rédigés par les ARS et s'appuyant sur un cadre de référence approfondi travaillé au niveau national par la CNSA, les ARS et les usagers.

#### Connaissance des situations et des publics : un besoin de capitalisation, de diffusion, de sensibilisation

##### Une expertise collective pour connaître « l'état de l'art »

Un travail important de capitalisation, de formalisation et de diffusion des connaissances sur les handicaps rares est également engagé. Une expertise collective a été réalisée par l'INSERM, consistant en un bilan des connaissances disponibles en France et à l'étranger sur les handicaps rares. Elle a permis de créer un corpus théorique pluridisciplinaire et d'identifier les besoins de connaissances complémentaires et les conclusions utiles à l'orientation des politiques publiques. Le résultat de cette expertise collective a été publié le 30 avril 2013.

##### L'enrichissement progressif de la base Orphanet à destination du public et des professionnels

En outre, la base de données Orphanet<sup>3</sup>, dédiée aux maladies rares, est enrichie progressivement d'informations relatives aux conséquences des maladies, aux modes d'accompagnement adaptés et aux ressources existantes. Elle doit fournir aux professionnels du champ du handicap des données leur permettant de prendre en compte de manière optimale les besoins des personnes en situation de handicap rare et contribuer à une meilleure orientation des personnes dans le système de soins et d'accompagnement social et médico-social.

##### Un indispensable effort de pédagogie

Le schéma a aussi pour objectif de sensibiliser les professionnels à la notion de handicap rare et aux attitudes adaptées face aux situations complexes. Parmi ces attitudes, il promeut notamment la « pédagogie du doute » et le réflexe de mobiliser des ressources « plus expertes que soi » lorsqu'un professionnel plus généraliste ne sait pas bien répondre aux besoins d'une personne.

<sup>3</sup> <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>



Cet objectif de sensibilisation donne lieu à des actions de communication et des publications. Il s'est aussi traduit fin 2012 par l'organisation de rencontres professionnelles à Poitiers, autour de la question de la communication et de l'entrée en relation avec des personnes en situation de handicaps rares et complexes.

En effet, le sujet de la communication est paru comme saillant et commun aux situations de handicaps rares et autres situations complexes, que ce soit sur le versant réceptif (capacité à entendre, comprendre) ou expressif (capacité à s'exprimer). Parmi les enjeux liés à la compensation des déficits de communication, l'adaptation des moyens et outils de communication est mise en avant et apparaît comme l'une des composantes de la prévention et de l'accompagnement des situations complexes avec troubles du comportement. Impulsées par la CNSA, déterminées dans leur contenu par un comité de pilotage *ad hoc*, les rencontres organisées et portées par le Groupement national de coopération handicaps rares, avec l'appui de la Caisse, ont réuni quelque 200 professionnels, étudiants et représentants d'usagers<sup>4</sup>.

### **★ Contribution à la mise en œuvre ou à la préparation de plans de santé publique**

La CNSA a poursuivi en 2012 sa contribution à la mise en œuvre des différents plans de santé publique. La plupart de ces plans contiennent en effet des mesures relevant du secteur de l'aide à l'autonomie, relatives à la fluidification des parcours des usagers, au soutien des aidants, à l'accès aux droits et à la création de places dédiées en établissements et services. Les principaux plans ayant mobilisé les équipes de la CNSA en 2012 sont le plan Alzheimer, le plan Autisme et le plan Maladies rares.

### **Plan Alzheimer : financement de structures de répit et de nouvelles modalités d'accompagnement et observation de leur fonctionnement**

La CNSA a poursuivi en 2012 la mise en œuvre des mesures dont elle assure le pilotage.

Dans le cadre de son rôle de pilote de la mesure 1 relative au répit, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale et avec l'appui de la DREES, la CNSA déploie chaque année depuis 2008<sup>5</sup> une enquête sur l'activité des structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire). La réponse à cette enquête constitue désormais le rapport d'activité des structures concernées. Pour la première fois, le périmètre de l'enquête a été étendu pour inclure également les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et les pôles d'activité de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD.

Au printemps 2012, la CNSA a diffusé le support permettant de recueillir les données 2011 auprès de 3179 structures de répit, 159 ESA, 255 PASA et 41 UHR.

## Focus

### **Le rôle de la CNSA dans la mise en œuvre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012**

La CNSA participe aux comités de pilotage et aux comités de suivi du plan, piloté par la mission nationale de pilotage du plan. Elle est particulièrement impliquée dans la mise en œuvre de quatre mesures médico-sociales :

- **mesure 1** : Développement et diversification des structures de répit ;
- **mesure 2** : Consolidation des droits et de la formation des aidants ;
- **mesure 4** : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ;
- **mesure 16** : Unités de soins et d'activités spécifiques en EHPAD.

Elle porte aussi le financement des mesures 6 (soutien et réhabilitation à domicile par des équipes spécialisées) et 20 (plan métiers).

En tant que membre de la fondation de coopération scientifique, elle participe au déploiement des mesures relatives à la recherche en sciences humaines et sociales.

Début 2010, elle a également été appelée à soutenir financièrement les travaux inscrits dans le champ de la mesure 18 dédiée aux malades jeunes et de la mesure 35 relative à la mise en place d'un numéro d'appel unique.

Enfin, elle contribue à la communication faite sur le plan en publiant sur son site Internet une rubrique consacrée au plan et à ses avancées.

<sup>4</sup> Actes disponibles en ligne : <http://www.gnchr.fr/actes-colloque-handicaps-rares>

<sup>5</sup> En 2008 sur un échantillon de 500 structures, à partir de 2009 sur l'ensemble des établissements concernés.

L'enquête a permis de constater que les accueils de jour poursuivent leur dynamique de progression en termes de structuration et de mise en conformité avec les textes : augmentation de la taille moyenne des structures, renforcement des partenariats formalisés avec d'autres acteurs du territoire, etc. On constate plus généralement une augmentation de la part des répondants à l'enquête pouvant être qualifiés de « modèles » dans le sens où ils respectent le seuil minimal de capacité d'accueil, disposent de locaux dédiés et organisent le transport des usagers : ils étaient 31 % en 2010 et 42 % en 2011.

Pour les structures proposant de l'hébergement temporaire, si la dynamique de partenariats sur le territoire progresse, la part des répondants ayant conçu un projet d'établissement spécifique pour ce mode d'accueil reste faible (19 %, contre 18 % en 2010), de même que celle des établissements ayant mis en place un dispositif de préparation du retour à domicile après le séjour (19 %, comme en 2010). Le profil des bénéficiaires accueillis montre une tendance à l'augmentation du niveau de perte d'autonomie (46 % en GIR 3-4 en 2011 contre 44 % en 2010, 32 % en GIR 1-2 contre 31 % l'année précédente). La durée des séjours semble s'être légèrement raccourcie (42 jours contre 44 en 2010).

Les enseignements de l'enquête en ce qui concerne les ESA, les PASA et les UHR ne peuvent pas encore être analysés en termes d'évolutions, mais ils sont utiles à la connaissance de l'activité, des moyens en personnel et des profils des usagers de ces structures récentes.

#### **Plan Autisme : poursuite de la mise en œuvre du plan 2008-2010**

##### **Création de places en établissements et services**

La CNSA continue de suivre la mise en œuvre des mesures du plan Autisme 2008-2010, notamment en ce qui concerne la création de places en établissements et services qui avait vocation

à se poursuivre au-delà de la durée du plan.

Le bilan réalisé au 31 décembre 2011 mettait en évidence, pour les enfants, un dépassement de l'objectif initial du plan en termes de places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (755 places de SESSAD autorisées et 616 places installées pour une programmation initiale de 600 places). 85 % des places initialement programmées en institut médico-éducatif (IME) étaient autorisées et 70 % installées.

Pour les adultes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED), en revanche, la création de places en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) restait minoritaire. Après une importante progression entre 2010 et 2011, 70 % de l'objectif programmé en établissement était autorisé au 31 décembre 2011.

L'enveloppe dédiée à la création de places en établissements et services avait en outre été abondée de 10 % supplémentaires afin de soutenir l'expérimentation de nouvelles formes d'accompagnement. À ce titre, 28 structures expérimentales ont été autorisées en 2009, 2010 et 2011 pour une durée de cinq ans. La CNSA a réalisé une synthèse des remontées d'information de ces structures expérimentales. En dépit des limites méthodologiques importantes rencontrées dans cet exercice, l'ensemble des données retracées dans la synthèse permet de brosser un premier tableau de leur fonctionnement. Cette première synthèse représente, en effet, le point de départ de la nécessaire évaluation de ces structures expérimentales prévue par les textes. Dans la mesure où les données recueillies concernent la première année de fonctionnement des structures, une analyse dynamique sera nécessaire en partant de cette première base. Le recueil de données annuelles devra être affiné en lien avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS, en particulier la recommandation publiée conjointement par ces dernières en mars 2012.



### **Collaboration avec les centres de ressources autisme**

La CNSA a en outre poursuivi sa collaboration avec les centres de ressources autisme (CRA). Les CRA se sont vu confier par la circulaire du 8 mars 2005 un certain nombre de missions : l'accueil et le conseil aux personnes et à leur famille, l'appui à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies, l'organisation de l'information à l'usage des professionnels et des familles, la formation et le conseil auprès des professionnels, une mission de recherche et d'études, un rôle d'animation du réseau régional d'acteurs amenés à intervenir auprès des personnes avec autisme ou autres TED et, *via* l'association nationale des CRA (ANCRA), une mission de conseil et d'expertise nationale.

En collaboration avec l'ANCRA et la DGOS, un suivi d'activité homogène et comparatif des CRA coordonné par la CNSA a été mis en place depuis 2009. La synthèse des rapports d'activité des CRA réalisée en 2012 (sur la base de leur activité 2011) s'est ainsi appuyée sur une grille d'analyse standardisée, renseignée par 22 d'entre eux. Elle a mis en évidence une progression importante de leur activité depuis 2009, signe de leur identification dans le paysage institutionnel et du développement de leur fonction d'appui : + 45 % de demandes traitées émanant des personnes ou de leur fa-

mille, + 36 % pour les demandes émanant des professionnels et + 180 % en ce qui concerne les demandes de documentation.

L'analyse de l'activité 2011 a également révélé que les délais d'attente pour la réalisation du diagnostic et de l'évaluation des cas complexes par les équipes hospitalières associées sont stables depuis 2009 et encore trop longs. Cela s'explique par la mobilisation importante des CRA pour la réalisation de diagnostics initiaux insuffisamment réalisés par les professionnels de proximité. Une progression de l'intervention des équipes de proximité dans les diagnostics initiaux d'autisme, avec l'appui des CRA, permettrait d'aboutir à des diagnostics plus précoces et de renforcer l'intervention des centres de ressources dans des actions d'appui aux équipes et d'intervention directe pour les situations les plus complexes.

### **Préparation du plan 2013-2015**

Le label « Grande cause nationale » a été attribué par le gouvernement pour 2012 à l'autisme. Contribuant à la mobilisation des acteurs (cf. par exemple le colloque organisé par le Sénat le 6 décembre 2012 auquel le directeur de la CNSA a participé) et à une meilleure connaissance de l'autisme par le grand public, cette actualité a également correspondu aux travaux de préparation du futur plan.

La démarche de préparation du plan 2013-2015 s'est appuyée sur l'évaluation du plan 2008-2010. Lancés en mars 2012 devant le Comité national de l'autisme (CNA), les travaux d'élaboration du plan ont été confiés à un groupe technique interadministratif placé sous l'autorité du secrétaire général du comité interministériel du handicap. Dans le cadre de ces travaux, une concertation régulière a été mise en œuvre avec un groupe issu du CNA.

Le document d'orientation qui a guidé ces travaux proposait trois priorités d'action, dans le but d'amplifier la dynamique initiée par le plan 2008-2010 :

- intensifier la recherche sur l'autisme et consolider les connaissances ;
- améliorer le diagnostic et l'accompagnement global afin de proposer de véritables parcours de vie et d'inclusion sociale ;
- renforcer la formation, l'information et la sensibilisation sur l'autisme.

Dans ce cadre, la CNSA, membre du groupe technique administratif, a contribué à enrichir l'état des lieux transversal réalisé au début des travaux. Elle a formulé des propositions de mesures pour le nouveau plan dans le domaine des parcours de vie des personnes et dans le champ de la formation et de la recherche. Elle a participé aux groupes de concertation au dernier trimestre 2012.

#### **Plan national en faveur des personnes sourdes et malentendantes 2010-2012 : contribution aux travaux sur l'accès aux soins en santé mentale**

Dans le cadre du plan national en faveur des personnes sourdes et malentendantes 2010-2012, la CNSA a participé à un groupe de travail (réunissant en outre les directions d'administrations centrales, des associations et des professionnels de santé) visant à élaborer une méthodologie à proposer aux ARS en vue du recensement des ressources locales compétentes pour le soutien psychologique des personnes sourdes et malentendantes. Cette méthodologie a fait l'objet d'une instruction envoyée aux ARS en décembre 2012.

En effet, comme l'indique le texte de cette instruction, « deux problématiques particulières se posent pour les personnes sourdes

et malentendantes :

- l'accès à des soins en santé mentale adaptés aux personnes sourdes, du fait de leur difficulté de communication et de la méconnaissance des effets de la surdité par les professionnels ;
- la prise en charge de la souffrance psychique induite, ou majorée, par la surdité, ainsi que celle des personnes malentendantes, devenues sourdes, souffrant d'acouphènes, ou d'hyperacousie et de troubles associés. »

Les MDPH devront mettre à disposition des usagers les informations issues de ce recensement des ressources locales.

#### **Plan Maladies rares : engagement d'une coopération entre MDPH et centres de référence**

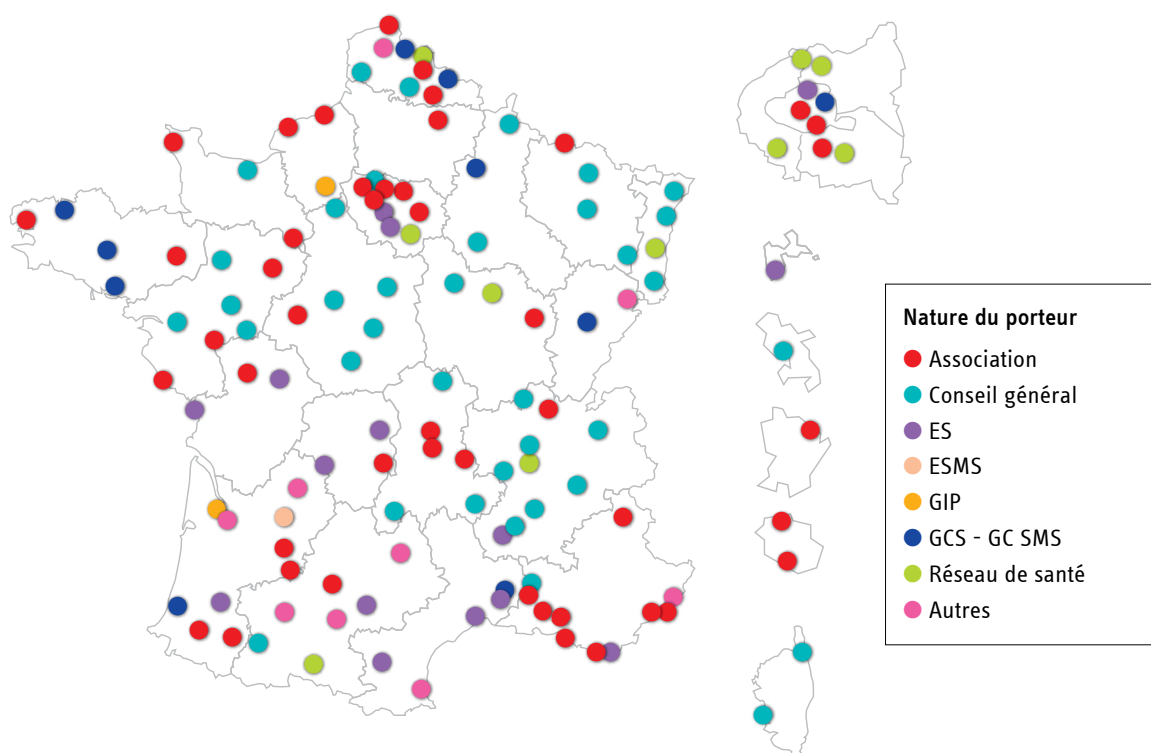
À l'initiative de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), une démarche visant à créer du lien entre les centres de référence maladies rares (CRMR) qu'elle gère et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a été lancée en septembre 2012. Cette démarche repose sur l'organisation de rencontres des professionnels des MDPH et des CRMR, mais également de partenaires tels que les associations de malades, dont l'Alliance maladies rares, le portail d'information Orphanet et la Fondation maladies rares. La CNSA y a apporté son appui à travers la mobilisation du réseau des MDPH.

Deux rencontres ont eu lieu depuis septembre 2012. Ces rencontres ont débouché sur des travaux en commun, notamment pour partager de bonnes pratiques de coopération entre MDPH et CRMR dépassant les approches par pathologie (non concluant au regard des besoins de compensation des personnes et peu pertinentes pour les MDPH). Elles ont permis aux participants de mieux se connaître et de réfléchir ensemble aux moyens d'améliorer le renseignement du certificat médical des MDPH et d'optimiser le circuit des informations entre MDPH et CRMR.

Il s'agit donc d'une dynamique similaire à celle qui a prévalu en matière de VIH ou de cancer. Une meilleure compréhension mutuelle des acteurs et leur collaboration



## Carte des MAIA et profil des porteurs



opérationnelle autour d'outils partagés comme le certificat médical jouent un rôle clé dans la fluidité du traitement des demandes adressées aux MDPH.

### \* L'intégration des services d'aide et de soins au service de l'optimisation des parcours : déploiement des MAIA

L'équipe projet nationale chargée de piloter le déploiement du dispositif MAIA est rattachée à la CNSA depuis l'automne 2012. La Caisse, qui « hébergeait » jusqu'à présent l'équipe projet, est donc désormais en charge de porter ce dispositif d'intégration, vecteur d'évolutions profondes dans l'organisation des services d'aide et de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie sur les territoires où il se déploie (*cf. partie Prospective*).

La ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie a en effet confié au directeur de la Caisse la mission de « piloter le déploiement complet de ce dispositif interministériel, en étroite collaboration avec les directeurs d'administrations centrales concernées » et en s'appuyant sur un comité de pilotage réunissant la DGCS, la DGOS, la DSS, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la CNAMTS, voire d'autres partenaires si nécessaire<sup>6</sup>.

### Accompagnement de la généralisation du dispositif MAIA

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer constituent un dispositif plus large que leur nom ne l'indique. Il ne s'agit pas de structures nouvelles, mais d'une méthode de travail consistant à mieux articuler les différentes ressources du terri-

<sup>6</sup> Lettre de mission du 16 novembre 2012.

toire au service de la continuité des parcours des personnes âgées. Ce dispositif n'est en outre pas limité aux malades d'Alzheimer (bien qu'il ait été initié en France dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012), mais bénéficie à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie sur les territoires où il se déploie. Chaque MAIA couvre un territoire infradépartemental.

L'équipe projet nationale MAIA a accompagné en 2012 la poursuite du processus de généralisation des MAIA, en lien avec les ARS. Dispositif transversal par essence, elles sont cofinancées par la CNSA et par des crédits de l'ONDAM sanitaire, et créées à la suite des appels à candidatures lancés par les agences régionales de santé. Avec les 93 nouvelles MAIA créées en 2012 (dont 87 financées par la CNSA), on en comptait 148 à la fin de l'année.

#### **Suivi du financement des MAIA**

Les crédits destinés au financement des MAIA correspondent, en grande partie, aux coûts du poste de pilote de la MAIA, qui impulse la dynamique sur le territoire, missionné conjointement par l'ARS et le conseil général, et des postes des gestionnaires de cas qui interviennent pour les situations complexes dans un rôle d'évaluation multidimensionnelle, d'organisation et de suivi intensif des aides. Notifiés aux ARS au printemps (instruction de la CNSA), ces crédits donnent lieu à une remontée d'information de la part des agences, qui rendent compte de leur consommation. L'équipe projet MAIA pilote également chaque année l'élaboration de la circulaire destinée aux ARS détaillant les modalités de poursuite du déploiement des MAIA. Publiée le 10 janvier 2012, cette circulaire a été élaborée en lien avec la direction générale de la cohésion sociale et la direction générale de l'offre de soins.

#### **Appui méthodologique aux ARS et aux pilotes**

La mise en place de la gouvernance partenariale permettant d'impulser le processus d'intégration sur les territoires d'implantation

du dispositif MAIA appelle souvent un appui de l'équipe projet nationale. Celle-ci apporte, sur cet aspect du dispositif et sur d'autres, un appui méthodologique et technique régulièrement sollicité par les acteurs locaux.

- Elle a organisé plusieurs réunions nationales au cours de l'année, notamment avec les référents chargés des MAIA dans les agences régionales de santé (janvier), et à l'occasion de la restitution finale du suivi des sites précurseurs (premières MAIA déployées).
- Elle participe aux réunions nationales des pilotes MAIA, qu'ils organisent plusieurs fois par an pour échanger sur leur expérience et leurs informations (février, mai, novembre).

L'équipe projet anime en outre les formations des nouveaux pilotes MAIA, des structures portant les MAIA et des référents en ARS. 163 personnes (17 référents ARS, 83 pilotes, 63 porteurs) ont ainsi été formées en 2012 à l'occasion de trois sessions de formation de cinq jours chacune. Le dispositif de formation reste cependant à ce jour sous-dimensionné au regard des besoins (300 personnes à former). Les supports de formation sont mis à disposition en ligne sur le site de la CNSA. Les membres de l'équipe sont intervenus dans le cadre du cursus menant au diplôme interuniversitaire (DIU) gestionnaires de cas et ont organisé les formations à l'outil d'évaluation (GEVAA) des gestionnaires de cas qui se sont poursuivies en 2012 (133 personnes formées au cours de onze sessions de formation de trois jours, à Paris, Bordeaux, Marseille, Nantes et Grenoble).

L'appui technique, stratégique et méthodologique fourni par l'équipe projet prend également la forme d'échanges bilatéraux :

- lors de déplacements en région (en 2012 : Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France) pour des interventions collectives de sensibilisation, de pédagogie, ou d'aide sur des points spécifiques ;
- en réponse à des sollicitations quotidiennes sur des questions précises ;
- lors d'ateliers organisés sur site ou par téléphone.



**Valérie Cérase**  
Pilote de la MAIA  
13 (Marseille)<sup>7</sup>

“ Les pilotes ont besoin d’un accompagnement expert pour mener à bien leur mission. ”

**P**endant les trois ans d’expérimentation, j’ai eu un lien direct avec l’équipe projet nationale MAIA : nous avons co-construit le dispositif MAIA, en affinant les concepts initiaux au contact de nos territoires, en échange permanent avec l’équipe projet et les autres sites précurseurs. Depuis que la phase de généralisation a démarré, les ARS sont désormais nos interlocuteurs directs. Elles s’approprient encore le dispositif MAIA.

Le travail d’intégration sur le territoire a bien avancé : je m’en rends compte notamment lors des échanges avec des pilotes de MAIA plus récentes. Mais il n’est pas terminé, c’est une démarche de longue haleine. La continuité de l’accompagnement par l’équipe projet nationale est essentielle pour poursuivre le déploiement de l’intégration et la pédagogie autour de ses conditions de réussite. Les pilotes ont besoin d’un accompagnement expert pour mener à bien leur mission.



### Travaux d’étude

Sur le plan des études et de la recherche, l’équipe projet a contribué à une enquête en 2012 réalisée par l’INPES, mesurant l’évolution de la perception des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA. La Fondation nationale de gérontologie a également publié en 2012 une étude relative à la stratégie des ARS dans le déploiement du dispositif d’intégration MAIA<sup>8</sup>, disponible sur le site de la Documentation française.

### Poursuite de la structuration du dispositif

En parallèle de l’accompagnement de sa généralisation, le dispositif MAIA continue de se structurer sous l’égide de l’équipe projet nationale.

### Production d’outils à destination des ARS et des pilotes des MAIA

Plusieurs outils à destination des ARS et des pilotes MAIA ont ainsi été élaborés ou affinés au cours de cette année :

- le guide relatif au « guichet intégré » (février 2012) ;
- le support type à utiliser pour les rapports d’étapes annuels remis aux ARS par les porteurs des MAIA (février 2012) ;
- la procédure à suivre pour procéder à la validation des sites MAIA, en test dans quatre régions fin 2012 (la procédure de validation préfigurant la labellisation, pour laquelle le concours d’organismes extérieurs sera sollicité). De même, l’équipe projet travaille avec les pilotes des sites MAIA précurseurs afin de préciser les critères d’orientation vers la gestion de cas (qui ne concerne que les situations les plus complexes).

<sup>7</sup> Il s’agit de l’un des 15 sites précurseurs.

<sup>8</sup> Hélène Trouvé, Dominique Somme (2012), *Stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d’intégration MAIA*, étude réalisée pour la Direction générale de la santé et la Fondation nationale de gérontologie.



#### **Travaux relatifs au cadre juridique des MAIA**

Le cadre juridique des MAIA a également vocation à évoluer, notamment en ce qui concerne les modalités de partage d'informations entre professionnels. Après une seconde enquête réalisée en février auprès des sites précurseurs sur la mise en œuvre par les porteurs des MAIA des démarches auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), et en lien avec les travaux d'informatisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle (GEVAA, *cf. infra*), l'équipe projet a procédé à des consultations de la CNIL, du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Direction des affaires juridiques du ministère des Affaires sociales. À la suite de ces consultations, et en lien avec la DGCS, elle a contribué à produire en 2012 des projets de textes législatifs et réglementaires destinés à encadrer l'échange d'informations et le recueil et le traitement automatisé de données à caractère personnel dans les MAIA. Dans l'attente d'une loi et d'un décret dans ce sens, et conformément à une instruction conjointe CNSA/DGCS (juillet 2012), les MAIA ont été invitées à se mettre en conformité avec les exigences de la CNIL et de la loi Informatique et libertés.

#### **Travaux relatifs au système d'information des MAIA**

L'équipe projet MAIA contribue aux travaux de définition du système d'information des MAIA et a animé le comité stratégique du SI MAIA jusqu'en avril 2012, date à laquelle il a été intégré au comité stratégique du SI autonomie. La CNSA collabore avec la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (rattachée au secrétariat général des ministères sociaux) et l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP-Santé) en vue de la réalisation d'études préalables. La CNSA est en charge de trois études lancées en 2012, relatives aux outils du gestionnaire de cas, au portail Web des MAIA et au futur infocentre.

#### **Participation aux travaux interministériels relatifs aux parcours des personnes âgées**

Plusieurs travaux ont été menés au cours de cette année en lien avec les parcours des personnes âgées. La CNSA et l'équipe projet nationale MAIA y ont participé en vue d'apporter leur expertise des dispositifs d'intégration et des politiques d'aide à l'autonomie, dans une recherche de cohérence des dispositifs entre eux. Il s'est notamment agi de faire valoir les enseignements de l'intégration des services d'aide et de soins dans les chantiers menés par les différentes administrations (comité de pilotage PAERPA, projet parcours et projet PACSS de l'ANAP).



## \*Évaluer la situation d'une personne dans toutes ses dimensions pour mieux articuler les réponses

### Diffusion d'une culture commune : pédagogie autour du GEVA

La CNSA conduit des travaux visant à outiller le processus d'évaluation des besoins des personnes par les équipes des MDPH, autour de l'outil de référence national que constitue le GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées). Elle s'intéresse également aux pratiques d'évaluation, aux modalités d'utilisation des outils d'évaluation, et à la « GEVA-compatibilité » des outils des différents acteurs.

Le regard de plusieurs professionnels et acteurs doit être sollicité afin d'explorer, avec la personne, toutes les dimensions nécessaires à l'évaluation de ses besoins dans les différents domaines de sa vie. La GEVA-compatibilité désigne la possibilité de partager un langage commun, sur la base des dimensions du GEVA, qui permette à la MDPH d'utiliser les données d'évaluation recueillies par ses partenaires accompagnant au quotidien les personnes en situation de handicap, notamment les établissements et services médico-sociaux. Le GEVA synthétise les éléments de bilan et d'expertise utiles à la compréhension globale de la situation de la personne. Il importe donc qu'il soit connu et compris largement, au-delà des seuls professionnels de la MDPH et du secteur du handicap.

La CNSA a donc choisi de consacrer son premier « cahier pédagogique » (nouvelle collection de publications) au GEVA. Publié en septembre, ce document synthétique et illustré constitue un support de sensibilisation des différents partenaires institutionnels et professionnels.

Il a été conçu pour aider des acteurs qui ne pratiquent pas directement l'évaluation des besoins de compensation, mais doivent contribuer au changement induit notamment par l'interdisciplinarité et le partage des données. Il est destiné en priorité aux

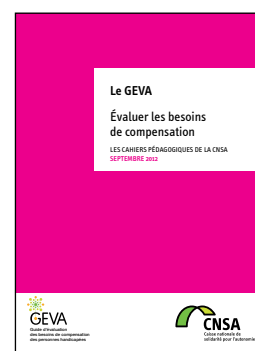
acteurs chargés de l'encadrement des équipes dans leur mission d'évaluation des besoins des personnes qu'elles accompagnent (directeurs et/ou chefs de service des MDPH, des établissements et services des secteurs sanitaire, social et médico-social, etc.). Il s'adresse aussi aux membres des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

### L'élaboration du GEVA-A, révélatrice d'un vide juridique préjudiciable à la coopération au service des personnes

Depuis 2011, la CNSA est chargée de mettre à disposition des gestionnaires de cas des MAIA un outil d'évaluation multidimensionnelle de la situation des personnes âgées fondé sur l'architecture du GEVA : le GEVA-A (A comme personnes Âgées). Cet outil doit être informatisé. Dans cet objectif, un groupe de travail technique rassemblant des gestionnaires de cas, des pilotes MAIA, l'équipe projet et la CNSA s'est réuni régulièrement en 2012. La première maquette du GEVA-A a été adaptée aux attentes et besoins des gestionnaires de cas, grâce à un travail en profondeur sur chacun des volets. Un guide d'aide à l'utilisation du GEVA-A a également été élaboré par le groupe, afin d'en harmoniser les modalités de remplissage et d'interprétation.

L'informatisation a cependant été suspendue à la suite des consultations de la CNIL et de son alerte relative à l'absence de cadre juridique permettant le recueil de données individuelles par les gestionnaires de cas et leur partage avec d'autres professionnels. Pour cette même raison, le GEVA-A retravaillé par le groupe technique n'a pas encore été diffusé aux gestionnaires de cas des MAIA.

Synonyme de blocage dans l'outillage des gestionnaires de cas, cet obstacle dans le déroulement du projet d'informatisation du GEVA-A a cependant été l'occasion d'engager un dialogue important et constructif autour du recueil de données et du partage d'information entre professionnels de différents secteurs. Les MAIA n'entrent pas à ce jour dans le champ des textes existants autorisant le « secret partagé ». Les échanges menés



COG  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°5

en 2012 ont abouti à une prise de conscience collective des évolutions à apporter à notre législation et à notre réglementation, qui ne prévoient pas le cas du travail interdisciplinaire au sein de tels dispositifs intégrés. Le Conseil national de l'ordre des médecins, invité à donner un avis sur la diffusion du GEVA-A, a ainsi considéré qu'« il serait pertinent de définir rapidement un outil législatif global, adapté au traitement des données personnelles sur le modèle du texte dédié aux MDPH, et pouvant s'appliquer à toutes ces structures, établissements, réseaux ou organismes amenés à recourir à des équipes multidisciplinaires ».

Aux côtés de l'ASIP-Santé, la CNSA et l'équipe projet nationale MAIA ont donc relayé cet enjeu fort lors des travaux de concertation autour des « parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA). Elles ont aussi préparé les projets de textes qui permettront, lorsque le vecteur législatif adapté se présentera, d'apporter une solution à ce vide juridique.

### Les référentiels AGGIR et PATHOS en cours de révision

Enfin, dans le champ de l'évaluation des besoins des personnes, la CNSA a assuré en 2012 le secrétariat du Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, présidé par le professeur Jean-Luc Novella. Instance indépendante et pluridisciplinaire d'expertise et d'observation scientifiques créée en 2011, ce comité est chargé d'organiser l'audit, la maintenance, le développement, l'harmonisation et l'évolution de ces deux référentiels. Les outils AGGIR et PATHOS sont utilisés notamment pour la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La grille AGGIR est en outre l'outil de définition de l'éligibilité des personnes âgées à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Un rapport d'étape relatif à l'outil PATHOS a été rendu en août 2012. Il préconise d'engager en 2013 la refonte des ordonnances qui fondent les algorithmes de calcul de ce référentiel.

## L'ESSENTIEL

### La CNSA inscrit son action dans une conception globale de la santé des personnes.

Elle travaille étroitement avec les agences régionales de santé qui incarnent, au niveau local, cette approche large des questions de santé. Dans leur activité de programmation de nouvelles places d'accueil et de nouveaux services, mais aussi dans leurs travaux prospectifs relatifs à l'évolution des politiques médico-sociales sur les territoires, les ARS ont pu s'appuyer pendant cette année 2012 sur l'expertise et les conseils de la CNSA. Ses instructions ont orienté leurs travaux.

Au niveau national, la CNSA porte le schéma national d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013. Plusieurs étapes importantes ont

été franchies en 2012. Ces travaux sont porteurs d'avancées au-delà même des handicaps rares, car ils contribuent à éclairer la CNSA et ses partenaires sur les réponses aux besoins des personnes en situation complexe. La coopération entre professionnels de différents secteurs au sein de dispositifs intégrés constitue une clé importante.

L'expertise acquise au cours de la généralisation des MAIA, qui se poursuit avec l'appui de l'équipe projet nationale, vient nourrir l'action de la CNSA. La structuration du dispositif MAIA est encore en cours, et 93 nouveaux territoires infra-départementaux sont entrés en 2012 dans cette dynamique d'intégration, porteuse de changements

profonds dans l'organisation des services d'aide et de soins.

C'est dans ce même esprit que la Caisse apporte sa contribution à différents plans de santé publique, cherchant par exemple à faciliter l'articulation entre les MDPH et les acteurs du secteur sanitaire, ou à structurer les ressources disponibles localement pour une meilleure efficacité au service des personnes. C'est également ce qui guide ses travaux autour des outils d'évaluation (GEVA et GEVA-A notamment), supports au dialogue entre professionnels de divers horizons et porteurs d'une analyse multidimensionnelle des situations.





Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) 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 2012, sa responsabilité a ainsi porté sur la mise en œuvre d'un OGD de 17,6 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.

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

## Développement de l'offre, consolidation du pilotage

### ★ Allocation de ressources et tarification : accompagnement et outillage des ARS

#### 2012, année de sécurisation des modalités d'allocation de ressources

À la suite de l'évolution des modalités d'allocation de ressources aux agences régionales de santé (cf. encadré page suivante), la CNSA a poursuivi l'accompagnement de ces dernières dans la structuration du pilotage de leurs enveloppes, notamment au cours des dialogues de gestion menés avec chacune d'entre elles. L'année 2012, septième exercice piloté par la CNSA dans le domaine du financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), se caractérise par une stabilisation des

modalités d'allocation de ressources, qui a donc permis de consolider les nouveaux processus mis en place.

Dans la mesure où les précédents régimes d'allocation de ressources continuent en parallèle de produire des effets en « crédits de paiement », les ARS doivent gérer un système complexe pour conserver une visibilité précise de la consommation de leur dotation. Dans ce contexte, l'appropriation des modalités d'allocation de ressources progresse, avec le soutien de la CNSA, qui apporte son appui aux agences (cf. chapitre 1 de la partie Activité).

#### HAPI : un outil qui fonctionne, encore du chemin à parcourir

HAPI est un système d'information partagée pour l'harmonisation et la sécurisation des

◀ **COG**  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°1





pratiques de tarification des établissements et services médico-sociaux. Sa réalisation, financée par la CNSA et menée en étroite collaboration avec les ARS (utilisatrices de l'outil), visait le renforcement du pilotage des crédits médico-sociaux en dotant les agences d'un outil homogène et partagé. Elle a abouti en mars 2012, conformément au calendrier annoncé.

En pratique, les ARS n'ont encore que partiellement utilisé HAPI pour la campagne tarifaire 2012 (elles ont souvent saisi les données dans HAPI *a posteriori* sans s'en servir pour la tarification des ESMS en temps réel au cours des soixante jours de la campagne tarifaire initiale). Certaines difficultés restent à surmonter, notamment parfois la lenteur du débit du réseau d'interconnexion, qui pénalise l'emploi de HAPI par les ARS.

Afin d'améliorer l'outil, son ergonomie, et de le faire correspondre encore davantage aux besoins des ARS, la CNSA a travaillé en lien étroit avec les agences à la formalisation d'un premier train d'évolutions en vue de la campagne 2013. L'objectif de ces évolutions est de corriger notamment les anomalies techniques détectées durant la campagne 2012 et d'enrichir les fonctionnalités d'HAPI afin d'en faire un outil d'interface entre l'ARS et les établissements et services médico-sociaux

## Les modalités d'allocation de ressources aux ARS

À la suite des recommandations de l'IGAS et de l'IGF formulées dans le cadre de « l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses » (février 2010), un changement structurel a été amorcé en 2010, consistant à mettre en place un pilotage en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) pour le financement des places nouvelles. 2011 a été le premier exercice de mise en œuvre effective de ce nouveau mode de gestion.

L'enjeu du passage en « AE et CP » est de faire correspondre le rythme d'abondement budgétaire des dotations régionales limitatives des ARS par la CNSA avec le rythme d'ouverture effective des places autorisées (tel qu'estimé par les ARS en lien avec les porteurs de projet).

### Autorisation d'Engagement

Droit de tirage pour faire de la programmation de création ou d'extension de places (4 ans PH, 2 ans PA)

ePRIAC :  
programmation  
pluriannuelle

### Crédits de Paiement

« Des AE  
découlent  
des »

Crédits nécessaires pour couvrir les installations effectives en N

SELIA :  
exécution des plans,  
ouverture, CP

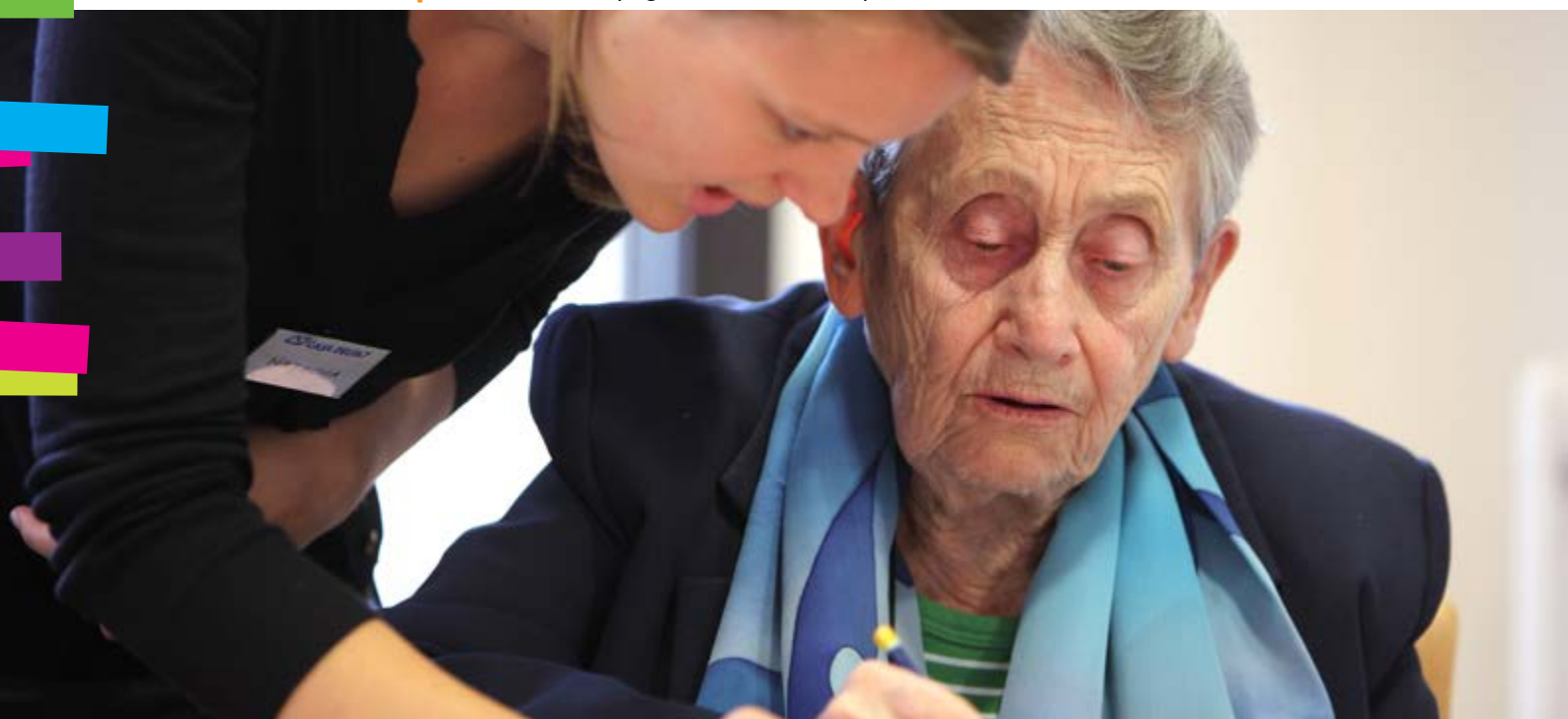
### Dotation Régionale Limitative



Crédits nécessaires à couvrir le fonctionnement effectif des établissements et services

= Base pérenne, Actualisation,  
Mesures spécifiques  
+ Crédits de Paiement

« Qui viennent  
abonder la »



### HAPI : « fiche d'identité » de l'application

- > **Acronyme** : HArmonisation et Partage d'Informations.
- > **Type d'application** : Application développée au format Web, centralisée au niveau national et hébergée par un prestataire de la CNSA.
- > **Périmètre** : HAPI couvre quatre domaines :
  - la préparation de la campagne tarifaire ;
  - la répartition des crédits alloués (par la CNSA et la DGCS) dans les établissements et services ;
  - la notification automatique des décisions tarifaires (près de 60 000 décisions sont éditées chaque année) ;
  - le suivi de la campagne et les remontées d'informations.
- > **Nombre d'utilisateurs** : 600.
- > **Profil des utilisateurs** : agents tarificateurs en ARS, gestionnaires d'enveloppes et responsables de pôles qui les encadrent.
- > **À noter** : L'accompagnement du changement mené en parallèle de la réalisation de l'application et de son utilisation vise à en faire un levier d'harmonisation des pratiques de tarification.

(par exemple en permettant le dépôt des budgets prévisionnels 2014 par les ESMS directement dans HAPI). La CNSA a engagé les contacts nécessaires avec les éditeurs de logiciels : il s'agit en effet de faire évoluer les logiciels de gestion des établissements et services afin qu'ils génèrent des cadres budgétaires directement importables dans HAPI (sans double saisie). Une fois ce développement réalisé, les éditeurs seront en mesure, s'ils le souhaitent, de faire évoluer les logiciels de gestion pour la prochaine remontée des budgets à l'automne 2013.

### \*Un enjeu stratégique pour le pilotage du secteur : le renforcement des systèmes d'information

#### L'exploitation des systèmes d'information existants est une source de connaissance importante

La CNSA dispose de plusieurs systèmes d'information qui sont sources d'informations indispensables.

Le pilotage de la réalisation de places nouvelles en établissements pour personnes âgées et handicapées, opéré par les ARS, passe par l'application SELIA (suivi en ligne des installations et des autorisations). Elle permet de suivre l'engagement et la consommation des crédits « mesures nouvelles de

créations de places » en vue de la notification de dotations régionales par la CNSA dans le cadre des plans nationaux. C'est grâce aux données saisies par les ARS dans l'outil SELIA que la CNSA peut régulièrement présenter à son Conseil l'avancement de la mise en œuvre des plans de créations de places, comme cela a été le cas au Conseil de juillet 2012 (bilan au 31 décembre 2011, *cf. tableau*).

Dans une logique prévisionnelle, la CNSA exploite l'outil ePRIAC pour connaître la programmation des ARS. Celles-ci y font figurer les prévisions de création, d'extension et de transformation des établissements et services qu'elles prévoient dans le cadre du SROMS. Pour la première fois en 2012, les PRIAC ont été recentrés sur les actions prévues et réellement financées (et non sur les actions souhaitées par les ARS auxquelles ne correspondait pas nécessairement un financement). L'exploitation de ces données a fourni des enseignements significatifs quant aux perspectives d'évolution de l'offre. Il apparaît que celle-ci va connaître une augmentation importante d'ici à 2016, et qu'elle sera caractérisée par un ciblage renforcé sur l'autisme et le handicap psychique, conformément aux orientations des plans nationaux. Une part importante des créations de places ira vers les services, surtout dans le secteur du handicap.

L'application REBECA (remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs) permet la transmission informatisée d'informations budgétaires et d'activité issues des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (y compris les établissements et services d'aide par le travail – ESAT) et pour personnes âgées (services de soins infirmiers à domicile – SSIAD – et services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD). L'exploitation de ces informations permet d'analyser les écarts entre prévision (budget exécutoire) et réalisation (compte administratif), ainsi que de disposer de ratios comparatifs sur les déterminants des coûts des établissements et services. Les données 2008-2009 ont fait l'objet d'une exploitation en 2012, dont la synthèse a été présentée au Conseil de la CNSA.

## Bilan intermédiaire des plans

	Places prévues (programme PH 2008-2014 et PSGA 2007-2012)	Places financées au 31 déc. 2011	Places autorisées au 31 déc. 2011	Places installées au 31 déc. 2011
Enfants handicapés	12 250	9 816	9 517	7 203
Adultes handicapés	29 200	16 529	14 872	9 360
Total personnes handicapées	41 450	26 345	24 400	16 563
Personnes âgées	90 500	82 124	70 458	39 551

Source : CNSA, Bilan des plans présentés au Conseil le 10 juillet 2012.

### Des évolutions potentiellement importantes en perspective

L'année 2012 s'est caractérisée par la préparation et le lancement de chantiers structurants dans le domaine des systèmes d'information relatifs aux établissements et services médico-sociaux.

Compte tenu du fonctionnement relativement cloisonné des différentes applications citées, il est apparu nécessaire d'étudier la possibilité d'un système rénové et plus intégré. C'est l'objet de l'étude globale d'urbanisation des systèmes d'information relatifs aux ESMS, prévue par la convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 signée entre l'État et la CNSA. L'objectif de cette étude est de réaliser une cartographie des applications partagées entre le SI des ARS et la CNSA, et de définir un plan d'urbanisation de celles-ci. Elle permettra de mesurer l'adéquation des processus métiers et du système d'information, et de définir une trajectoire de transformation garantissant la couverture des besoins métiers et l'évolutivité de ce système d'information.

En outre, les outils du système d'information ESMS doivent s'adapter à la mise en place d'une comptabilité d'engagement. Une évolution de SELIA a donc eu lieu en novembre 2012 permettant de tenir compte de la gestion des crédits en autorisations d'engagement et crédits de paiement. Elle a été accompagnée de formations des ARS en format interrégional.

Enfin, une étude de faisabilité a été engagée autour d'un projet de portail Internet d'information des personnes âgées. Fondé sur le constat d'une transparence insuffisante de l'offre disponible pour la prise en charge de la

**COG**  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°1

perte d'autonomie, le projet vise à renforcer l'accessibilité de l'offre et à permettre un réel « libre choix » des personnes. Un site Internet public pourrait permettre l'accès à une information fiable et lisible à la fois sur les tarifs et sur les prestations fournies en contrepartie. Une telle transparence de l'offre pourrait aussi être un facteur de modération tarifaire et d'efficience. Le public « cible » est constitué par les personnes âgées, leurs familles et leurs aidants. Pour mémoire, le rapport de la commission présidée par E. Ratte de juin 2011 concluait que « l'État, notamment l'ANESM, la DGCS, la CNSA, ainsi que les départements doivent rapidement construire ensemble des outils de recueil et de partage des données et des supports d'information du public (portail Internet...) sur les tarifs et la qualité des diverses prestations offertes en contrepartie ». Une étude préalable a été confiée par la CNSA à un prestataire afin de cadrer le périmètre concerné par le site, de mieux identifier les attentes du public et de construire des scénarios de mise en œuvre au regard de ce qui est techniquement faisable. Le marché a été notifié le 29 juin 2012 et se termine au plus tard fin juin 2013.

#### **\*Maintenance d'un plan d'aide à l'investissement dynamique en 2012**

##### **L'aide à l'investissement, un levier de maîtrise des restes à charge**

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes, en particulier dans le champ des personnes âgées, et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Les aides de la CNSA permettent ainsi de limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient acquittés par l'assurance maladie (secteur handicap) ou par l'usager (secteur personnes âgées). Les aides du PAI se substituent en effet en partie à l'emprunt et réduisent donc l'impact des frais financiers sur les tarifs. En outre, la « transférabilité » des subventions accordées permet d'accroître cet effet en réduisant aussi l'impact de la charge d'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt également à la modernisation des structures existantes – enjeu particulièrement important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980 – pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît. Depuis 2008, elle contribue aussi à la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer grâce à la priorité accordée aux unités d'hébergement renforcées (UHR) et aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), ces derniers faisant l'objet d'une enveloppe financière spécifique depuis 2010.

La contribution au financement de l'investissement des établissements et services médico-sociaux constitue une mission pérenne de la CNSA depuis 2008. Elle a été financée, jusqu'en 2010, exclusivement sur ses réserves. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2011 et 2012 ont en revanche affecté une fraction du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA) au financement de l'investissement respectivement à hauteur de 4 % en 2011 (2 % PA et 2 % PH) et de 2 % en 2012 (1 % PA et 1 % PH). Cette enveloppe a cependant fait l'objet d'un gel en 2012 dans le cadre des mises en réserve prudentielles.

##### **Maintenance d'un PAI dynamique en 2012 par la mobilisation des réserves de la CNSA**

Le montant du PAI a été de 120 M€ en 2012, avec une première tranche (70 M€) votée au Conseil d'avril et une seconde tranche (50 M€) votée au Conseil de juillet.

Ce PAI a été intégralement alloué aux ARS et a permis de financer :

- 80 M€ pour 292 opérations dans le secteur des personnes âgées (dont 20 M€ pour les PASA conformément aux objectifs du plan Alzheimer) ;
- 40 M€ pour 86 opérations dans le secteur des personnes handicapées.

Le Conseil a approuvé des orientations consistant à concentrer les aides à l'investissement 2012 sur les opérations de modernisation et sur un nombre réduit de priorités en matière de création de places nouvelles (principalement





la poursuite de l'effort consacré à la prise en charge des malades d'Alzheimer dans le secteur personnes âgées et la prise en charge des adultes handicapés dans le secteur personnes handicapées).

#### **Expérimentation en 2012 du financement via le PAI d'opérations en VEFA**

La CNSA, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI), subventionne des créations ou des modernisations d'établissements pour personnes âgées ou handicapées, sur les places habilitées à l'aide sociale. Au regard des avantages de la vente en état futur d'achèvement (VEFA) (engagement contractuel d'un constructeur sur un calendrier ferme, engagement sur le prix final), le Conseil a approuvé une expérimentation consistant à rendre certaines opérations en VEFA éligibles au PAI.

La technique de la VEFA est utilisée par le secteur commercial, mais celui-ci n'est concerné qu'à la marge par le PAI, compte tenu d'un périmètre d'éligibilité défini par l'habilitation à l'aide sociale. Elle est également ouverte au secteur public, à condition de passer par un bailleur social et d'obtenir l'agrément « prêt locatif social » (PLS).

#### **Vers une véritable politique d'aide à l'investissement en région**

La CNSA a engagé des travaux avec les ARS afin que celles-ci passent progressivement de la simple mise en œuvre du PAI à la définition d'une véritable politique d'aide à l'investissement appuyée sur l'analyse des besoins du secteur. La réflexion porte sur les critères de hiérarchisation de ces besoins, mais aussi sur la façon de mobiliser de façon optimale les différents leviers existants en matière d'aide à l'investissement, complémentaires du PAI, dans une analyse plus globale des outils à la disposition des agences.

#### **★ Efficience et performance : renforcer la transparence et la qualité dans les établissements et services**

##### **Qualité de l'accompagnement : la CNSA soutient l'amélioration des pratiques professionnelles**

La CNSA a noué des partenariats avec les organismes financeurs de la formation professionnelle (organismes paritaires collecteurs agréés – OPCA) dans le secteur médico-social afin de soutenir des parcours de formation pour les salariés des établisse-

ments et services. Ce point est détaillé dans le chapitre 4 de la partie Activité.

Un autre levier est mis au service de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement. Il s'agit du soutien apporté au programme MobiQual conduit par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG). Ce programme consiste à élaborer des outils pour favoriser les pratiques de bientraitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, prioritairement dans le champ des personnes âgées dépendantes (EHPAD, établissements de santé, services intervenant à domicile). Il contribue aux actions menées par la Caisse dans le cadre de plusieurs plans nationaux (soins palliatifs, Alzheimer, lutte contre la maltraitance).

Initialement soutenu par la Direction générale de la santé, le programme MobiQual est financé par la CNSA depuis 2010, dans le cadre d'une convention triennale arrivée à échéance fin 2012. Ce soutien s'est élevé à 4 789 811 € pour les années 2010 à 2012.

Le programme intègre désormais sept « malles » composées d'outils pratiques à destination des professionnels et de supports de formation et d'échange pour les cadres des établissements :

- *Bientraitance* [en établissement] ;
- *Douleur* [en établissement] ;
- *Douleur et bientraitance à domicile* ;
- *Soins palliatifs* ;
- *Dépression* ;
- *Nutrition* ;
- *Alzheimer*.

Des collaborations se sont développées entre la SFGG, les OPCA et le secteur d'aide à domicile pour intégrer les outils prévus par le programme MobiQual dans le cadre des actions de formation concourant à la professionnalisation du secteur médico-social. Par ailleurs, MobiQual est mentionné dans les directives, instructions et circulaires de la Direction de la sécurité sociale (DSS) relatives aux priorités de gestion du risque en EHPAD (GDR-EHPAD), en raison des similitudes des deux actions en termes de publics visés et de thématiques abordées.

L'année 2012 a permis de poursuivre la diffusion des malles existantes, et d'entamer

celle de la mallette *Alzheimer*, la plus récente. La mallette *Douleur* a fait l'objet d'une actualisation et la mallette *Dépression* d'une adaptation au contexte du domicile.

L'évaluation externe du dispositif a en outre été engagée afin de mesurer l'utilisation effective des outils par les établissements. Ses résultats sont attendus en 2013.

### **Plusieurs chantiers en cours visent à renforcer les capacités de pilotage du secteur**

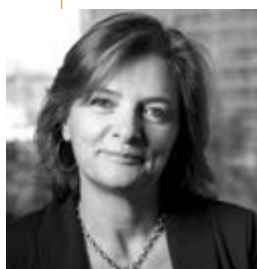
La CNSA participe à plusieurs chantiers ayant en commun l'objectif d'outiller le secteur médico-social et les acteurs en charge de sa régulation pour un pilotage plus fin de l'activité et des coûts.

### **Collaboration régulière entre la CNSA et l'ANAP**

La CNSA a ainsi contribué à la construction du « tableau de bord partagé de la performance dans les ESMS », pilotée par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP).

Ce tableau de bord constitue un outil de dialogue entre les établissements et services et leurs financeurs que sont les conseils généraux et les agences régionales de santé. Il est utilisable directement par les établissements et services médico-sociaux pour leur pilotage interne s'ils ne disposent pas d'autres outils. Il permet aux financeurs une meilleure connaissance de l'offre sur leur territoire. Les indicateurs qu'il contient ont pour objectif de contribuer à une démarche stratégique et qualitative en vue d'améliorer la performance des établissements et services, en lien avec la démarche d'évaluation interne et externe prévue par la loi du 2 janvier 2002.

Après la phase de construction et d'expérimentation de ce tableau de bord, les modalités de sa pérennisation sont en cours de définition avec l'État, l'ANAP et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) afin qu'il puisse être déployé au-delà des 1 000 premières structures utilisatrices et utilisé en routine.



**Sabine Fourcade**  
Directrice générale  
de la cohésion  
sociale  
(Lettre 19  
de la CNSA)

“ Les prochains chantiers seront dominés par la poursuite du travail “d’outillage” des ARS et des établissements. ”

**L**es prochains chantiers seront dominés par la poursuite du travail “d’outillage” des ARS et des établissements, crucial pour contribuer à la qualité de la prise en charge dans les établissements au moyen, notamment, de pratiques de tarification renouvelées et harmonisées. Le déploiement de l’outil HAPI en 2012 et le renforcement de l’appui à la tarification, initié en 2010 et amplifié en 2011, doivent nous permettre de progresser collectivement vers plus d’efficacité et donc plus de qualité.



La CNSA a collaboré avec l’ANAP autour d’autres sujets liés au pilotage et à la performance, comme l’observatoire des coûts de la construction, les coopérations dans le secteur médico-social, ou encore la démarche « parcours des personnes âgées ». Elle siège en outre au conseil d’administration de l’ANAP, dont elle contribue à orienter les travaux.

#### Gestion du risque en EHPAD



La CNSA est chargée de décliner, dans le secteur des EHPAD, le Programme national de gestion du risque (GDR) en lien avec la DSS. Après l’expérimentation de neuf indicateurs (ratios) pour vérifier la faisabilité de leur calcul à partir des comptes administratifs des établissements et des données de remboursement des soins de ville, l’année 2012 a été consacrée au recueil et à l’analyse de trois de ces ratios appliqués aux EHPAD, dans un département par région. À ce jour, les informations sont saisies par les ARS à partir des comptes administratifs des établissements.

Les évolutions à venir des systèmes d’information gérés par la CNSA (*cf. supra*) devraient permettre une plus grande automatisation de la transmission des comptes administratifs et du calcul des ratios GDR.

#### Les analyses de coûts et d’activité complètent ces travaux

Les études des « coûts et tarifs » des ESMS figurent parmi les missions confiées par la loi à la CNSA (art. L. 14-10-1 du CASF). Dans le champ des EHPAD, l’enquête de coûts est assurée par l’ATIH, dont c’est le cœur de métier, et pilotée par la DGCS et la CNSA. Elle a commencé fin 2012.

La CNSA met en œuvre l’enquête relative à l’activité des SSIAD, commencée sous l’égide de la DGCS. Les résultats de cette enquête permettront de procéder à des simulations précises en vue de la préparation de la réforme tarifaire des SSIAD.

La CNSA et l’ATIH ont prévu de signer une convention globale pour la réalisation de l’ensemble des études de coûts envisagées dans le secteur médico-social, dès lors que l’extension du périmètre de compétence de l’agence au secteur médico-social aura été confirmée.

◀ **COG**  
**OBJECTIF**  
**PRIORITAIRE**  
**n°2**



## Prix « Lieux de vie collectifs et autonomie » : lauréats 2012

La CNSA ne se contente pas de soutenir financièrement la modernisation des établissements médico-sociaux. Elle cherche également à promouvoir une conception renouvelée et adaptée de ces lieux de vie collectifs, à travers la remise de prix à destination des architectes et maîtres d'ouvrage.

Conçus dans le cadre d'un partenariat avec la Fédération hospitalière de France en 2007, le prix de la meilleure réalisation médico-sociale et le concours d'idées à destination d'élèves d'écoles d'architecture sont désormais pilotés par la CNSA.

Ces prix permettent de mettre en valeur de bonnes pratiques en matière de réalisation médico-sociale. Le jury réunit de nombreux acteurs du domaine. Il est présidé par un architecte de renom, Aymeric Zubléna. Le prix est remis alternativement dans le cadre du salon Géront'Expo-Handicap Expo ou du salon Hôpital Expo.

Deux mentions spéciales ont été créées : « Alzheimer » et « Personnes handicapées vieillissantes ». Elles font l'objet de partenariats avec, respectivement, la Fondation Médéric

Alzheimer et le Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées (CCAH), qui les dotent.

L'édition 2011 de ce prix a permis de récompenser :

- l'EHPAD du Clos-Saint-Martin, à Rennes (35), projet réalisé avec l'Atelier d'architecture Yves-Marie Maurer, au titre de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes âgées ;
- la Résidence de la Vallée du Don, à Guéméné-Penfao (44), projet réalisé avec le cabinet Parent-Rachdi, au titre de la mention spéciale Alzheimer ;
- la MAS L'Aquarelle, située à Oignies (62), projet réalisé avec l'architecte Dominique Bernard, au titre de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes handicapées ;
- le Village de Sésame, à Messimy (69), projet réalisé avec le cabinet d'architecture Barillot, au titre de la mention spéciale « personnes handicapées vieillissantes ».
- Céline Antoine et Philippine Riche, étudiantes respectivement à l'ENSA de Versailles et à la faculté de médecine de Marseille, pour leur projet d'EHPAD « Les Terrasses de la Loire » (Nantes, 44), qui ont remporté le concours d'idées.

Brochure de présentation des lauréats disponible sur le site : [http://prix-autonomie.cnsa.fr/wp-content/uploads/2009/10/Prix2012\\_BD.pdf](http://prix-autonomie.cnsa.fr/wp-content/uploads/2009/10/Prix2012_BD.pdf)

## L'ESSENTIEL

La CNSA est chargée de l'allocation de ressources aux agences régionales de santé en vue du financement des établissements et services médico-sociaux financés partiellement ou entièrement par l'assurance maladie. Cette mission s'accompagne d'une exigence de lisibilité et de traçabilité, qui passe nécessairement par des outils de pilotage robustes.

Dans un contexte de stabilisation des modalités d'allocations de ressources, modifiées en 2011, l'année 2012 a connu le lancement d'un outil très structurant pour les ARS : le système d'information HAPI dédié à la tarification des établissements et services. Il va permettre un meilleur suivi par la CNSA, en

temps réel, du déroulement des campagnes tarifaires. Cette évolution s'accompagne d'une étude globale d'urbanisation des systèmes d'information de la CNSA dans le champ des établissements et services. Cette étude doit déboucher sur des pistes d'évolutions, potentiellement importantes, vers une meilleure articulation des outils entre eux au service des besoins de pilotage de la CNSA et des ARS.

Les capacités de pilotage du secteur sont également au cœur des travaux menés avec l'ANAP, notamment la construction d'un tableau de bord partagé de la performance : cet outil, expérimenté par 1 000 établissements, doit désormais être pérennisé. La contribution de la CNSA au chantier

de gestion du risque en EHPAD (remontée et analyse de trois ratios en 2012 sur la base des comptes administratifs des établissements dans un département par région) et la mise en œuvre d'enquêtes d'activité (SSIAD) et de coûts (EHPAD) vont également dans ce sens.

L'action de la CNSA en faveur du développement quantitatif et qualitatif de l'offre passe enfin par les plans d'aide à l'investissement annuels (120 M€ en 2012), ainsi que par le soutien à l'amélioration des pratiques professionnelles (financement du programme MobiQual notamment, dont l'évaluation externe a débuté en 2012).





Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), 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 sept ans, la CNSA accompagne ces acteurs de proximité dans l'amélioration et l'harmonisation de leurs pratiques.

# Les maisons départementales des personnes handicapées

## Animer les réseaux de professionnels et approfondir la connaissance

### **\*Une année de dialogue nourri avec les départements à l'occasion du renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service**

Depuis 2006, les relations entre les départements et la CNSA donnent lieu, conformément au Code de l'action sociale et des familles (article L. 14-10-7), à la signature d'une convention intitulée « convention d'appui à la qualité de service ». Ces conventions organisent le partenariat entre les conseils généraux et la CNSA sur le fonctionnement de la MDPH et le versement correspondant des dotations financières de la CNSA, ainsi que sur les modalités et conditions de l'appui apporté par la CNSA aux services de la MDPH.

Pour la deuxième comme pour la troisième génération des conventions, le périmètre des conventions a été élargi, après concertation avec l'Assemblée des départements de France. Elles font ainsi référence à la démarche de modernisation et de profession-

nalisation de l'aide à domicile financée par la section IV du budget de la CNSA (*cf. chapitre 4 de la partie Activité*), aux concours nationaux contribuant au financement de l'APA et de la PCH, au soutien d'études et d'actions innovantes ainsi qu'à la programmation des établissements et services médico-sociaux.

La première génération de ces conventions, signées par les cent départements au cours de l'année 2007, a expiré en juin 2009, la deuxième génération, couvrant la période 2009-2012, en juin 2012. Afin de procéder à leur renouvellement, l'équipe de la CNSA a rencontré chaque conseil général. Une centaine d'entretiens ont ainsi été menés entre les mois de mars et de juillet. Les conseils généraux se sont mobilisés à un niveau élevé : ils étaient souvent représentés par des élus impliqués dans les politiques de l'autonomie et par les directeurs généraux adjoints en charge de la solidarité ainsi que par les directeurs en charge de l'autonomie.



Ces entretiens ont été l'occasion d'un dialogue constructif autour des politiques départementales dans le champ de l'autonomie et de l'organisation et des problématiques de la MDPH, source d'informations précieuses pour la CNSA.

La finalisation et la signature des conventions ont eu lieu au second semestre.

### **\* Poursuite de l'animation du réseau des MDPH : mise à disposition d'informations et d'espaces d'échanges**

La CNSA exerce sa mission de garante de l'équité de traitement en favorisant l'harmonisation des pratiques et les échanges d'informations entre MDPH.

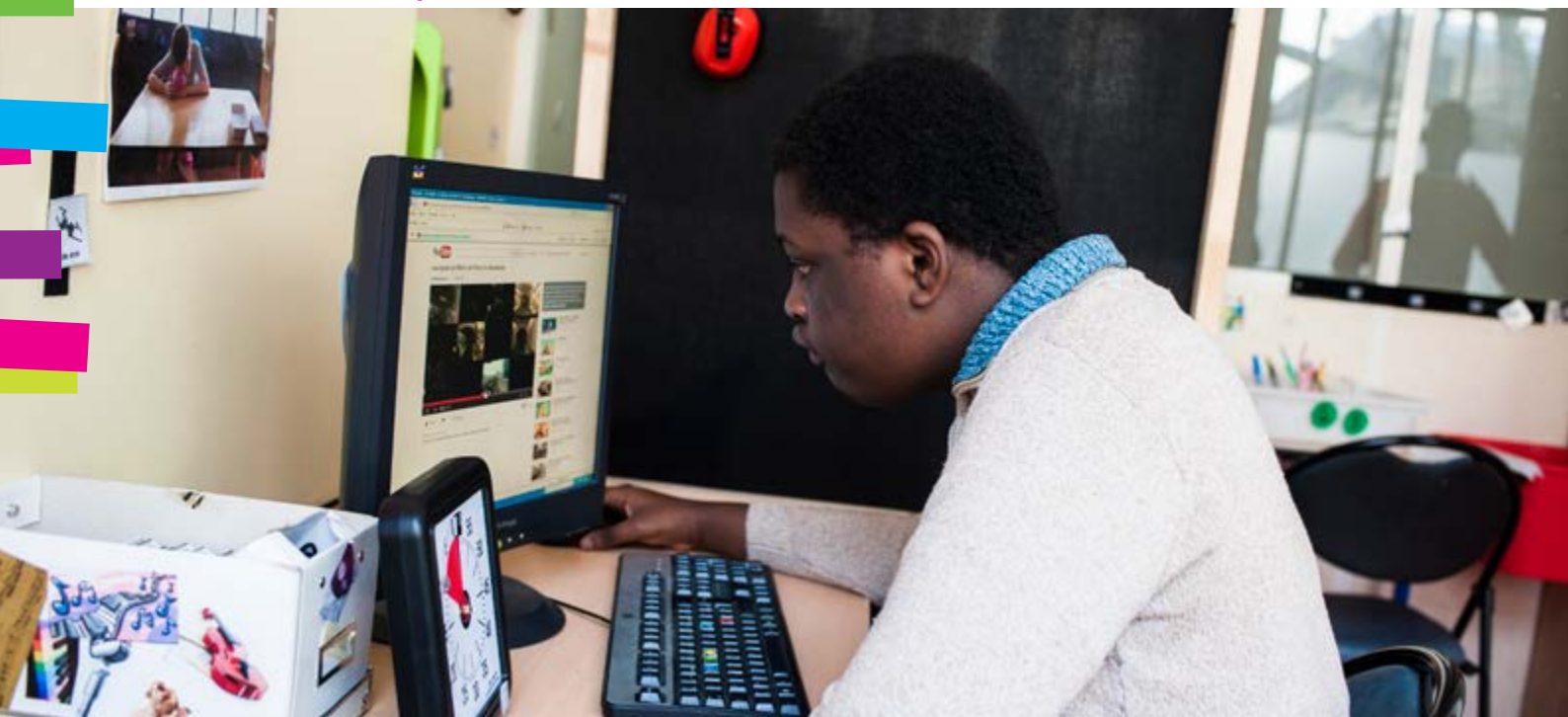
### **Divers outils de diffusion et de partage d'information**

Elle a ainsi poursuivi en 2012 la diffusion, deux fois par mois, de la lettre électronique *Infos réseau MDPH*, adressée à tous les directeurs de MDPH. Cette lettre permet de diffuser des enquêtes, de partager des informations informelles relatives à des événements intéressant les MDPH, d'annoncer des séminaires de travail et d'en diffuser les résultats, etc.

### **Les huit chapitres des conventions d'appui à la qualité de service 2012-2015 signées entre la CNSA et les conseils généraux :**

- Échanges de données entre la CNSA et le département au sujet de l'activité annuelle de la MDPH
- Concours financiers de la CNSA au département pour le fonctionnement de la MDPH et concours au titre de l'APA et de la PCH
- Appui aux professionnels des MDPH
- Équité de traitement des demandes de compensation : la CNSA veille à l'équité de traitement des demandes de compensation et propose une offre de service aux MDPH pour les aider à harmoniser leurs pratiques
- Observation de la qualité de service rendu par la MDPH (recueil d'indicateurs)
- Mobilisation et professionnalisation des services à domicile
- Identification de projets innovants pouvant bénéficier de l'appui de la CNSA au titre de la section V de son budget (subventions)
- Planification médico-sociale (échanges d'informations sur les schémas départementaux et l'évolution de l'offre en matière d'établissements et services).





La CNSA a en outre enrichi ses outils en 2012, en créant le site Passerelle, plateforme de communication réservée aux directeurs de MDPH. Ce site remplit trois fonctions : faciliter l'échange d'informations, donner accès à des conseils juridiques et techniques, et diffuser des informations et des contenus de formation. Il connaît plus de mille consultations par mois, signe de son utilité pour les directeurs de MDPH. Le travail sous forme de Web conférence s'est également développé, permettant de mener des échanges avec plusieurs départements simultanément sans avoir à se déplacer.

Le site extranet de la CNSA a également été doté d'une rubrique nouvelle, la « boîte à outils » des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires. Celle-ci a été alimentée de plusieurs fiches pratiques et outils, comme le « thésaurus CIM10 » ou la fiche pratique « codage des déficiences » permettant le codage harmonisé dans le système d'information des MDPH des pathologies et/ou déficiences des personnes qui font des demandes à la MDPH.

#### **Les rencontres nationales, temps forts de l'échange de bonnes pratiques**

Les rencontres nationales avec les directeurs de MDPH et les différents professionnels (référénts insertion professionnelle, cor-

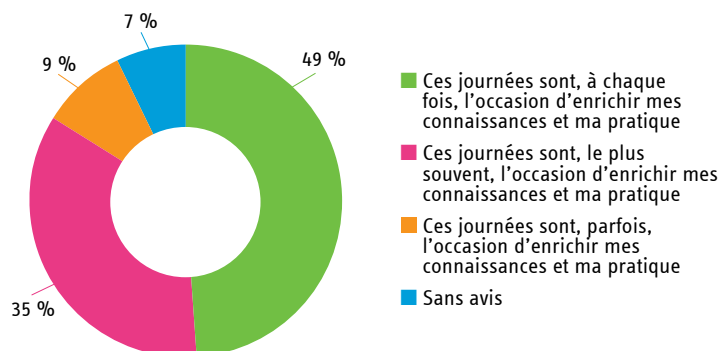
respondants scolarisation, coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires, référénts statistiques) se sont poursuivies : elles constituent des temps forts de l'animation de réseau par la CNSA, de l'échange d'informations et du partage de bonnes pratiques entre MDPH.

Recherchant la meilleure adéquation possible entre ses modalités d'animation de réseau et les besoins des acteurs locaux, la CNSA a consulté les MDPH pour connaître leur appréciation des réunions. La tenue des dixièmes journées d'échange de pratiques des coordonnateurs en janvier 2012 a en effet été l'occasion pour la direction de la compensation de faire un bilan et de recueillir les attentes et propositions des MDPH sur ce mode d'animation de réseau initié en 2008. Leurs réponses ont confirmé l'intérêt de ces réunions (*cf. illustration infra*) et ouvert des pistes de modalités complémentaires d'animation du réseau (par exemple *via* l'organisation de réunions interdépartementales qu'une majorité des MDPH interrogées appellent de leurs vœux).

À la suite de cette consultation, la CNSA a procédé à une adaptation du format des rencontres nationales des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires : celles-ci sont passées de trois à deux réunions par an, mais leur format a été étendu à deux journées, alternant séances plénières et travaux en ateliers.



## Questionnaire relatif aux réunions nationales des professionnels des MDPH organisées par la CNSA (2012) : extrait de l'analyse des résultats



Ces rencontres nationales font preuve d'une attractivité croissante, le niveau de participation continuant à augmenter, par exemple pour les réunions des correspondants scolarisation.

Une réflexion est désormais engagée autour de la thématique des dispositifs de compensation techniques : il existe en effet dans les MDPH des référents « technique », experts des questions liées aux aides techniques et à l'aménagement des logements et des véhicules. La complexité de ce sujet et l'enjeu d'équité de traitement qu'il représente pourraient justifier d'organiser à l'avenir, pour ce réseau d'acteurs, des journées de travail au niveau national animées par la CNSA.

### Appui et expertise juridique

L'appui aux MDPH et l'harmonisation des pratiques passent également par la réponse à leurs questions, notamment juridiques, portant essentiellement sur les droits et prestations relevant de la compétence de la MDPH (notamment la PCH), mais aussi sur les règles de procédures et le fonctionnement de la MDPH. Les réponses apportées (plusieurs centaines par an) sont consolidées sous la forme de bases de données « questions-réponses » et mises à disposition sur le site Passerelle, ainsi que diffusées via la lettre *Infos réseau MDPH* pour les questions les plus fréquentes. Sur le

plan de l'expertise juridique, la CNSA intervient également auprès des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) pour les former à la loi du 11 février 2005.

### Suivi de l'expérimentation relative à l'évaluation de l'employabilité

L'expérimentation de nouveaux processus d'évaluation de l'employabilité s'est poursuivie en 2012. Dix départements sont impliqués. Les résultats attendus sont les suivants :

- l'identification de processus pertinents d'évaluation de l'employabilité, adaptés selon les contextes locaux (situation interne de la MDPH, situation des partenaires) ;
- l'évaluation du processus d'évaluation de l'employabilité sous plusieurs angles : coût, qualité, impact sur le parcours des personnes handicapées, ciblage vers les publics concernés (bénéficiaires et personnes ayant refusé d'y participer) ;
- des données statistiques pertinentes sur l'activité de la MDPH en lien avec l'expérimentation ;
- en synthèse, des recommandations sur les meilleures pratiques possibles de mise en œuvre du processus d'évaluation de l'employabilité au regard des personnes handicapées elles-mêmes, de l'organisation et des contraintes de la MDPH, de l'intervention des acteurs locaux et de l'optimisation des fonds publics associés.

Après la réalisation de bilans individuels multidimensionnels jusqu'à la mi-2012 (par des prestataires, sur prescription des MDPH), les travaux ont consisté à en analyser les conclusions et à formaliser le retour d'expérience des MDPH, dans le but d'évaluer la démarche expérimentée. Les conclusions sont attendues en 2013.

#### **Allocation adultes handicapés : accompagnement de la mise en œuvre de la réforme**

La CNSA a également contribué à accompagner la mise en œuvre de la réforme de l'allocation adultes handicapés. Elle a participé au projet « amélioration du pilotage de l'AAH » mené par la DGCS, notamment en assurant des formations aux équipes pluridisciplinaires des MDPH au sujet des critères d'attribution de la prestation et des modalités d'appréciation de la « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ». Ces formations ont été vecteurs d'homogénéisation des pratiques en MDPH, comme l'a souligné l'évaluation externe du projet confiée à un prestataire.

#### **\*Consolidation de données en vue de la connaissance de l'activité et des moyens des MDPH**

##### **Analyse comparative et consolidation des données d'activité et de moyens**

Comme chaque année, la CNSA a recueilli en 2012 les rapports d'activité des MDPH de l'année 2011 (86 rapports exploités pour présentation au conseil de la CNSA) afin d'en effectuer l'analyse et la synthèse<sup>9</sup>. Cet exercice s'est caractérisé par une plus grande structuration que lors des années précédentes : adoption d'une trame commune de rapport d'activité pour en faciliter la consolidation et révision (en concertation avec une vingtaine de MDPH et de conseils généraux) de la maquette financière utilisée pour le recueil des données relatives aux ressources, aux dépenses et aux effectifs des MDPH. Cette dernière a fait l'objet d'une

analyse concertée, les premières exploitations relatives aux moyens et à l'activité des MDPH ayant été soumises aux regards croisés des MDPH et des conseils généraux lors d'ateliers organisés à l'automne avec les deux tiers des départements.

Utile pour outiller les acteurs en charge du pilotage de la politique du handicap aux niveaux local et national, ce travail de consolidation des données des MDPH a mis en évidence le besoin de tableaux de bord partagés et d'un outil de mesure de l'efficacité des maisons départementales. Le principe d'un croisement entre les données relatives aux moyens et celles relatives à l'activité a rencontré un consensus chez les participants aux travaux.

L'analyse des données relatives aux demandes des usagers et à l'activité des MDPH a révélé une poursuite de la croissance du nombre de dossiers déposés et de décisions prises, bien que celle-ci commence à ralentir, notamment pour les demandes de PCH, comme le démontre le graphique ci-contre.

#### **Vers une meilleure connaissance des publics sollicitant la MDPH**

Cet objectif d'amélioration de la connaissance de l'activité et des profils des usagers des MDPH s'est également traduit par l'impulsion d'une démarche de « codage » des pathologies et déficiences, c'est-à-dire par l'utilisation d'un même ensemble de nomenclatures (la classification internationale des maladies, CIM 10 pour ce qui concerne les pathologies, et des nomenclatures *ad hoc* pour ce qui concerne les déficiences et les origines des pathologies) et l'inscription de ces informations caractérisant les usagers dans le système d'information (logiciel métier) des maisons départementales.

Une réunion de lancement de cette démarche, au cours de laquelle les enjeux ont été rappelés et des outils présentés et mis à disposition par la CNSA a eu lieu fin septembre. Parmi ces outils : le thésaurus conçu pour n'utiliser

<sup>9</sup> Voir CNSA (2012), MDPH : au carrefour des politiques publiques. Synthèse des rapports d'activité 2011 des maisons départementales des personnes handicapées, et la synthèse de ce dossier technique de la CNSA en annexe du présent rapport.

dans les MDPH que les codes de la classification internationale des maladies pertinents pour leur activité, et permettre une facilité d'usage pour les codeurs. Il couvre pour cela un pourcentage suffisamment élevé de situations rencontrées en MDPH, ce qui permettra d'éviter le recours à la CIM complète le plus souvent possible. Des outils destinés au codage des déficiences et de l'origine des pathologies ont également été conçus et transmis aux équipes pluridisciplinaires. À terme, l'adoption progressive puis systématique de cette pratique de codage par les équipes devrait permettre d'établir des statistiques relatives aux caractéristiques des usagers des MDPH. Dans un premier temps, les MDPH, ne disposant pas du temps suffisant pour réaliser cet exercice sur l'ensemble du flux de dossiers, adoptent des stratégies de codage de certaines catégories de dossiers (PCH, orientations en établissements et services). Celles qui ont du recul sur cette pratique de codage en soulignent l'intérêt mais aussi les difficultés potentielles de mise en œuvre. Dès 2012, une région complète (les quatre

départements et l'ARS de Champagne-Ardenne) se lance dans cet exercice ambitieux.

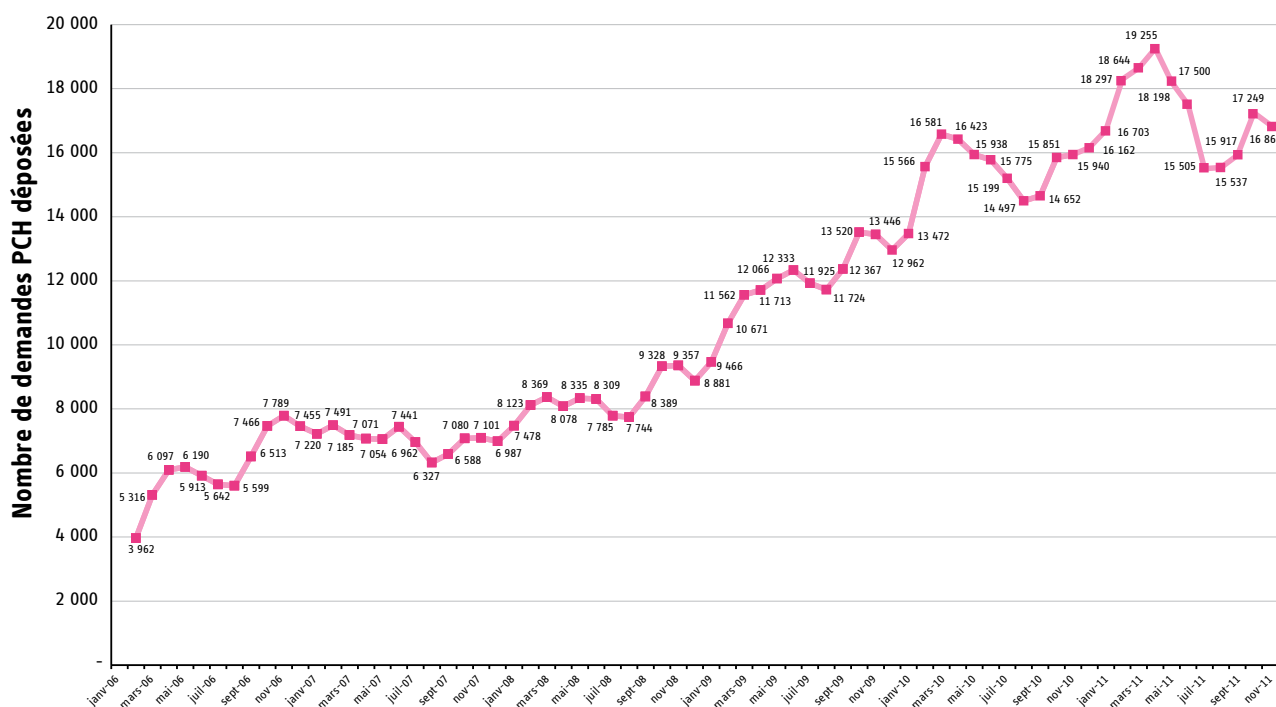
Afin de poursuivre l'accompagnement des équipes de MDPH dans cette tâche, un « club codeurs » sera mis en place en 2013 par la CNSA, en vue d'une montée en charge et en qualité progressive du codage.

### Poursuite du chantier du système d'information partagé

La construction d'un système d'information partagé entre les MDPH et la CNSA doit permettre un meilleur pilotage de la politique du handicap. Ce Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), dont la loi du 11 février 2005 a confié la mise en œuvre à la CNSA, a d'abord fait l'objet d'une phase de cadrage et de conception générale initiée en 2007, suivie d'une phase de conception fonctionnelle. Le chantier est alors entré fin 2008 dans des phases de conception technique, de développement et d'accompagnement des utilisateurs.

COG  
OBJECTIF  
PRIORITAIRE  
n°5

## Évolution mensuelle lissée des demandes PCH 2006-2011 Estimation France entière (source déclarative)



Après le remplacement par les MDPH de leurs anciens outils devenus obsolètes (étape achevée en 2010), la transmission anonymisée au niveau national des données recueillies nécessitait l'installation d'« extracteurs de données » dans chacune d'elles. Lorsque l'arrêté du 13 septembre 2010 fixant les nomenclatures (format des données) est paru, le développement de ces extracteurs a pu commencer. Cette étape s'est déroulée en 2011 et 2012 – mais elle s'est heurtée à des difficultés entraînant un retard important dans le projet. Deux éditeurs de logiciels (représentant 81 MDPH) n'ont en effet livré leur extracteur qu'au troisième trimestre 2012. Les MDPH concernées doivent donc désormais l'acquérir et l'installer. Après le déploiement de l'extracteur, des phases de tests techniques et fonctionnels préalables à l'intégration des fichiers dans le SipaPH interviennent. Nécessairement, des tables de correspondances (« transcodifications ») entre les nomenclatures utilisées dans les systèmes d'information respectifs de chaque MDPH et dans le SipaPH sont établies et des tests d'anonymisation sont réalisés.

La recette de l'application, c'est-à-dire le test de son bon fonctionnement, est indispensable : outre les vérifications fonctionnelles (l'application remplit-elle les fonctions que l'on attend d'elle ?), cette phase comprend la recette statistique (personnalisée et bilatérale avec chaque MDPH pour vérifier si les données produites *via* l'application sont cohérentes) qui vient clore le processus. La recette de l'application conditionne l'accès des données aux utilisateurs.

Au-delà de l'ambition initiale de la loi visant à agréger les données des MDPH, l'objectif du SipaPH a été élargi au pilotage des politiques du handicap, le système d'information devant être alimenté par toutes les sources nécessaires à l'analyse pour l'orientation de ces politiques : outre les données individuelles des MDPH, les données relatives à la scolarisation des enfants handicapés (source : ministère de l'Éducation nationale), à l'emploi et l'insertion professionnelle (sources : ministère

du Travail, Pôle emploi...), aux pensions d'invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles (sources : CNAMTS, CCMSA), aux bénéficiaires de prestations (CNAF, CCMSA)... En 2012, la CNSA a commencé un travail sur les conventions avec les partenaires nationaux afin de pouvoir mettre à disposition, dès l'ouverture du SipaPH, ces différentes données agrégées.

Le SipaPH est piloté et coordonné par la CNSA. Sa gouvernance est confiée à un comité stratégique présidé par le secrétaire général du Comité interministériel du handicap (CIH).

Par ailleurs, conformément à la convention d'appui à la qualité de service de la maison départementale des personnes handicapées que chaque département a signée avec la CNSA, cette dernière recueille auprès des MDPH des données sur leur activité de manière ponctuelle, mensuelle ou annuelle comme outil d'échange et d'évaluation. Les échanges bilatéraux, *via* les transmissions de fichiers, se poursuivent dans l'attente de l'opérationnalité du Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH). Ils sont un appui indispensable pour valider la fiabilité des données transmises par les extracteurs lors de la phase de recette statistique.

### **\*Élaboration et diffusion d'outils destinés à améliorer la qualité du service rendu et l'équité de traitement**

#### **Appuyer les MDPH dans leurs efforts d'amélioration du service rendu**

En vue de favoriser l'équité de traitement des demandes des usagers sur le territoire national, la CNSA cherche, à travers l'animation du réseau des MDPH, à diffuser les bonnes pratiques identifiées dans certaines d'entre elles afin de les faire connaître des autres et de faciliter leur déploiement plus large. Trois exemples de travaux menés en 2012 permettent d'illustrer cette méthode de travail.





Extrait  
de l'intervention  
de **M. Daudigny**  
(Président du conseil  
général de l'Aisne  
et sénateur) lors  
de la réunion des  
directeurs de MDPH  
organisée sous  
l'égide de la CNSA en  
décembre 2012

“ Aller vers des systèmes  
d'information plus performants  
devant être partagés, voire intégrés,  
entre tous les acteurs. ”

L'année dernière dans mon intervention, j'insistais pour que les conventions d'appui à la qualité de service entre la CNSA, les MDPH et les départements fixent des objectifs raisonnables d'amélioration des transmissions des informations. Les présidents de conseils généraux qui représentent l'ADF à la CNSA, apprécient énormément les synthèses nationales effectuées dont celles sur les rapports d'activité des MDPH. Ils ont souhaité que ces informations soient le plus large d'accès et transparentes. Des difficultés persistent. Aussi, il apparaît pertinent d'aller vers des systèmes d'information plus performants devant être partagés, voire intégrés, entre tous les acteurs de prise en charge des personnes en situation de handicap.



### Suivi en ligne des demandes des usagers

La CNSA a contribué à l'élaboration d'un guide<sup>10</sup> d'aide à la mise en place du suivi en ligne des demandes déposées par les usagers, en partenariat avec la direction générale de la cohésion sociale et le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique. Ce guide s'est appuyé sur les retours d'expérience de MDPH qui permettent déjà à leurs usagers de suivre en ligne l'état d'avancement de leurs demandes (dans les départements suivants : Nord, Oise, Gironde et Meurthe-et-Moselle).

70 % des appels parvenant aux MDPH sont liés au suivi de leur dossier par les usagers : l'offre d'un service de suivi dématérialisé des demandes, relativement simple à mettre en œuvre, apporte donc une amélioration du service rendu aux personnes, tout en soulageant les services en charge de l'accueil dans les MDPH, leur permettant ainsi de se consacrer à un accueil plus approfondi des personnes en situation atypique ou complexe.

Diffusé en décembre 2012, le guide a pour vocation d'éclairer les MDPH intéressées par ce type d'outils, en leur transmettant les enseignements de l'expérience de leurs

homologues précurseurs. Présenté sous la forme de témoignages, d'illustrations, de conseils méthodologiques et de points d'attention adaptés au profil de chaque lecteur, le guide propose :

- une aide à la prise de décision : comprendre le service et ses bénéfices, juger de l'opportunité et sécuriser le lancement du projet ;
- une description des étapes clés de mise en œuvre, depuis le cadrage initial jusqu'au suivi des résultats ;
- une vingtaine de fiches pratiques proposant un approfondissement de sujets spécifiques.

### Suivi de l'expérimentation de maisons départementales de l'autonomie

Dès 2007, le rapport annuel de la CNSA abordait la question des maisons départementales de l'autonomie (MDA) dans son chapitre prospectif évoquant le rapprochement des politiques d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Les entretiens menés par la CNSA avec les représentants des cent départements (cf. *supra*) au premier semestre 2012 ont confirmé la tendance au rapprochement des politiques du handicap et des politiques gérontologiques dans les départements.

◀ **COG**  
**OBJECTIF**  
**PRIORITAIRE**  
**n°5**

<sup>10</sup> [http://www.passerelle-cnsa.fr/wp-content/uploads/2012/12/CNSA\\_guide\\_Mdph\\_BaT22.pdf](http://www.passerelle-cnsa.fr/wp-content/uploads/2012/12/CNSA_guide_Mdph_BaT22.pdf)



- Les schémas départementaux sont de plus en plus souvent des « schémas de l'autonomie » (par exemple pour sept départements dont le schéma était en cours de renouvellement ou sur le point de l'être au premier semestre), ou des schémas certes distincts personnes âgées / personnes handicapées mais comportant des axes de travail communs.
- La mutualisation de la fonction d'accueil progresse également, souvent dans un cadre territorialisé (au niveau infradépartemental), ainsi que celle de la fonction d'évaluation.
- Près d'un département sur cinq a un projet de MDA ou une MDA déjà ouverte au public (par exemple, les départements : 15, 19, 21, 08, 38, 71) et 60 % des départements témoignent d'une dynamique sur ce sujet.

La notion de MDA recouvre cependant des projets différents d'un département à l'autre, allant de la mutualisation d'une partie des services des conseils généraux et des MDPH jusqu'à la mise en place d'une structure nouvelle ayant une gouvernance propre. Ces projets sont tous motivés par la volonté de simplifier les démarches des usagers en perte d'autonomie et de développer la pluridisciplinarité des équipes, tout en réalisant des économies d'échelle.

La CNSA accompagne plus spécifiquement trois expérimentations de maisons départementales de l'autonomie, dans les départements du Cantal, de la Corrèze et de la Côte-d'Or. Le suivi de ces projets et les visites réalisées sur site permettent de constater que ces MDA ont su trouver leur place sur le territoire. Elles offrent un point d'accueil unique aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, ainsi que d'évaluation et de traitement de leurs demandes. La mutualisation des locaux et des équipes permet d'optimiser les moyens, de faire face à un manque d'effectifs temporaires et de gagner en efficacité. La publication de la synthèse des expérimentations des trois MDA est prévue pour 2013.

La CNSA anime en outre un réseau de représentants des conseils généraux et des MDPH ayant engagé des réflexions similaires (création de MDA ou mutualisation de moyens entre équipes en charge des différents publics, ce deuxième type d'initiative étant souvent considéré comme une étape vers une MDA). Ils se réunissent deux fois par an sous l'égide de la Caisse afin de bénéficier des enseignements des MDA expérimentales et de faire progresser leur réflexion.

## Accompagnement des usagers à la formulation de leur projet de vie

Dans le cadre de la section V de son budget consacré à l'action scientifique et au soutien d'actions innovantes, la CNSA a soutenu quatre expérimentations locales et une recherche-action relatives à l'aide à la formulation par les usagers de leur projet de vie. En effet, le projet de vie fait partie des éléments à renseigner à l'appui d'une demande d'aide, mais il n'est pas toujours exprimé. L'aide à la formulation du projet de vie constitue l'une des missions des MDPH, qui sont souvent trop accaparées par l'absorption du flux de dossiers de demandes pour pouvoir y consacrer des moyens suffisants. C'est pourquoi certaines ont fait le choix de s'appuyer sur des partenaires associatifs qui proposent un accompagnement, fourni par des bénévoles et/ou des professionnels, permettant aux personnes qui le souhaitent d'être accompagnées dans l'expression de leurs attentes et aspirations.

Les retours d'expérience issus de ces projets soutenus par la CNSA ont fait l'objet d'une réunion de mise en commun en janvier 2012. Ils ont permis de constater l'intérêt d'un tel accompagnement, qui conduit à une plus grande autodétermination de la personne sur son projet de vie, une plus grande diversité des thèmes abordés, une meilleure compréhension des besoins par les professionnels de l'évaluation, qui cernent mieux les attentes de la personne. Ces expérimentations ont également démontré combien cette mission d'accompagnement à la formulation du projet de vie est délicate, notamment du point de vue du positionnement des accompagnants, en

raison du caractère très personnel d'un projet de vie abordant des domaines relevant de l'intimité de chacun. Ils ont ainsi pointé un paradoxe intrinsèque au dispositif, qui prévoit l'expression d'un projet de vie relevant de l'intime à joindre à un dossier officiel de demande.

## Suite à la loi Blanc, rapprocher les besoins de formation des MDPH et l'offre du CNFPT

La loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap (dite « loi Blanc ») a fait du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) l'organisme compétent pour la formation des personnels des MDPH quel que soit leur statut. La loi prévoit que les formations à destination de ces personnels sont définies en partenariat avec la CNSA. Il s'agit d'un levier supplémentaire pour accompagner les MDPH vers l'amélioration du service rendu aux usagers et l'équité de traitement.

Ainsi, dans la continuité de la coopération engagée entre le CNFPT et la CNSA depuis 2007 (convention 2007-2012), les deux organismes ont élaboré une convention triennale visant à élargir et enrichir le champ de leur collaboration.

La CNSA et le CNFPT sont convenus de poursuivre des efforts conjoints en vue de :

- la professionnalisation des agents des MDPH ;
- la mise à disposition d'une offre spécifique de formation pour la mise en œuvre d'une politique de prise en compte du handicap et de soutien à l'autonomie ;
- l'anticipation des besoins à venir des structures encore récentes et expérimentales que constituent les maisons départementales de l'autonomie (MDA).

Il s'agira concrètement de réaliser un diagnostic partagé des besoins de formation et de co-construire une offre de service correspondant à ces besoins.



## Le projet de vie dans la loi du 11 février 2005

- La personne handicapée y exprime ses « besoins et aspirations » (art. L. 114-1-1), ainsi que ses souhaits (art. L. 146-9 CASF).
- La maison départementale des personnes handicapées aide si nécessaire la personne handicapée à le formuler (art. L. 146-3 CASF), mais le projet de vie est l'expression de la personne (ou si impossibilité, de son représentant).
- L'équipe pluridisciplinaire (art. L. 146-8 CASF) ainsi que la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées s'y réfèrent (art. L. 245-1 CASF).

**Équité de traitement : harmoniser  
les pratiques d'évaluation et d'élaboration  
des plans personnalisés de compensation**

**Scolarisation : un outil partagé  
pour l'évaluation de la situation  
des enfants handicapés**

Dans le cadre de la scolarisation des enfants handicapés, la CNSA et le ministère de l'Éducation nationale (DGESCO) ont collaboré pour proposer de nouveaux outils aux professionnels des MDPH et de l'Éducation nationale. Un décret relatif à l'aide individuelle et l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés paru en juillet 2012 offre une nouvelle possibilité d'accompagnement des élèves en situation de handicap. Ainsi, suivant les besoins de l'élève et selon les critères définis par le décret, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH peut désormais proposer une aide individuelle assurée par un AVS-I (auxiliaire de vie scolaire pour l'aide individuelle) ou une aide mutualisée assurée par un AVS-M (auxiliaire de vie scolaire pour l'aide mutualisée).

Depuis la rentrée 2012, un outil conçu à partir du GEVA pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de la situation de l'élève et de ses besoins au regard de ses activités d'apprentissage, de sa mobilité, de sa sécurité, des actes essentiels de la vie quotidienne, de ses activités relationnelles ou de sa vie sociale, le GEVA-Sco, est mis à disposition des professionnels au sein d'une véritable « boîte à outils ». Cette dernière, accessible sur l'intranet de la CNSA, contient le décret sur l'aide humaine paru en juillet 2012 et son document d'accompagnement, les formulaires du GEVA-Sco et leur manuel d'utilisation, ainsi que des exemples de situations illustrées.

Renseigné au sein des établissements scolaires par les équipes éducatives ou les équipes de suivi de la scolarisation réunies par l'enseignant référent, en présence de l'élève et de ses parents, le GEVA-Sco est ensuite adressé à la MDPH en vue de l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation de l'enfant. Ce projet précise l'orientation préconisée et peut comporter le recours à une aide humaine, à du matériel pédagogique adapté, à des aménagements pédagogiques...

**Focus**

**Les troubles « DYS » : un guide  
prochainement disponible**

Un thème important et récurrent dans les échanges menés avec les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires et les correspondants scolarisation est celui des troubles dit « DYS », troubles spécifiques cognitifs (TSC) qui touchent la mémoire, la vision, l'attention, etc., et troubles spécifiques des apprentissages (TSA) qui affectent notamment le langage oral et écrit. Ces troubles donnent lieu à de nombreuses demandes dans les MDPH, dont beaucoup ne sont pas accompagnées des éléments nécessaires à une bonne évaluation des besoins de l'enfant. Il est donc apparu nécessaire de définir un processus approprié pour l'évaluation des besoins, l'élaboration des réponses et le suivi des personnes présentant des troubles DYS (quel que soit leur âge), impliquant les acteurs locaux en amont, en aval et aux côtés des MDPH.

La CNSA a mené un travail avec les professionnels des MDPH pour identifier des pistes de réponses et des conseils pouvant être adaptés aux contextes locaux, en s'appuyant sur de bonnes pratiques existantes. Le guide qui en est issu, finalisé en 2012, doit être diffusé fin 2013 après avoir été validé. Il a vocation à être mis à l'épreuve du terrain et à évoluer en fonction des retours des équipes et des évolutions des pratiques.

**Élaboration des plans personnalisés  
de compensation**

La réglementation qui régit les prestations à destination des personnes en situation de handicap se caractérise par une certaine complexité. Elle peut donner lieu à des difficultés d'interprétation et à des mises en pratique diverses. En produisant des guides et des outils d'aide à la compréhension de la réglementation et d'aide à la décision, la CNSA cherche à réduire autant que possible les zones d'incertitude ou de divergence d'interprétation sur le terrain.

Concernant l'attribution d'aides techniques via la prestation de compensation du han-





dicap (PCH), par exemple, un « arbre de décision » a été réalisé, précisant les critères d'attribution d'une aide technique et la définition de son tarif dans le cadre de la PCH. Cet arbre de décision a été actualisé en 2012 et mis à disposition des MDPH dans cette nouvelle version.

De même, un guide d'appui aux pratiques des équipes pluridisciplinaires des MDPH en matière de PCH aide humaine, dont la rédaction a été conduite en partenariat avec de nombreuses MDPH, est en cours de fina-

lisation en vue d'un test auprès d'équipes locales. Il devrait permettre d'harmoniser les pratiques des équipes.

À la suite de la diffusion en 2011 d'un guide pour l'éligibilité à la PCH, outil technique à destination des équipes pluridisciplinaires des MDPH, un cahier pédagogique sur le même thème est en projet. Son objectif sera de faciliter une compréhension commune entre les MDPH, leurs publics et leurs partenaires des critères d'éligibilité à la PCH et de la façon de les évaluer.

## L'ESSENTIEL

- Après avoir accompagné la création des MDPH et l'émergence de leur réseau, la CNSA poursuit son appui technique, organisationnel et stratégique à ces acteurs clés dans les parcours des personnes en situation de handicap.
- Ses objectifs : contribuer à l'amélioration du service rendu aux usagers, renforcer l'équité de traitement sur tout le territoire national et mettre en place un système d'information partagé pour piloter les politiques du handicap.
- Ses leviers d'action : dans le cadre de conventions signées avec les conseils généraux (renouvelées en 2012), un soutien technique et juridique aux professionnels des MDPH (bases de

données de questions-réponses, guides explicitant la réglementation...), des échanges d'informations réguliers et des décryptages, des travaux collectifs d'élaboration d'outils communs et de capitalisation (dans le champ de l'évaluation notamment), l'accompagnement et le suivi d'expérimentations (maisons départementales de l'autonomie par exemple), et la diffusion de bonnes pratiques (par exemple la mise en place d'un dispositif de suivi en ligne des demandes des usagers).

- Sur le plan des systèmes d'information, la CNSA et les MDPH sont engagées dans une démarche de longue haleine pour faire dialoguer les systèmes d'information des cent maisons départementales avec le système d'information de la CNSA au moyen des extracteurs de données dont le déploiement est actuellement en cours.

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

# Aides techniques et aides humaines

## Une nécessaire complémentarité

### **\* Aides humaines à domicile : modernisation et professionnalisation des services**

#### **Les modalités d'intervention de la CNSA dans le champ de l'aide à domicile et leur cadre juridique**

La possibilité d'apporter un soutien de qualité à domicile aux personnes qui perdent leur autonomie ou sont en situation de handicap est une condition essentielle de respect de leurs choix et projets de vie. La CNSA cherche donc, dans le cadre des compétences qui lui sont confiées par la loi, à renforcer la qualité de l'aide apportée, à travers des actions concernant la formation des professionnels, la performance des organisations, la modernisation des outils de travail. Elle vise également une diversification accrue et le développement de l'offre de services à domicile. Elle contribue enfin à renforcer l'offre de soutien des aidants.

La loi prévoit que la section IV du budget de la CNSA finance les actions suivantes :

- la modernisation des services d'aide à domicile ;

- la promotion des actions innovantes permettant le maintien à domicile ;
- la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile, y compris ceux exerçant en emploi direct ;
- la formation des aidants familiaux ;
- la formation des accueillants familiaux ;
- ainsi que des actions de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées.

Dans un souci d'efficience et de plus grande équité de traitement sur l'ensemble du territoire, la CNSA a décidé d'abandonner progressivement le soutien direct et individualisé à des initiatives dispersées et mal évaluées des services à domicile, et de privilégier les actions de structuration contractuelle de l'offre de services. Ce soutien au secteur de l'aide à domicile prend la forme de cofinancements avec d'autres institutions avec lesquelles elle engage des partenariats formalisés autour de plans d'actions :

- des conventions départementales de modernisation des services de l'aide à domicile



passées avec les conseils généraux dans une logique d'organisation territoriale de l'offre ;

- des conventions d'appui aux opérateurs nationaux de l'aide à domicile (fédérations nationales) ;
- des accords-cadres avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) du secteur dans une logique de professionnalisation de la filière.

#### **Poursuite de la contractualisation au service de la modernisation et de la professionnalisation**

La signature de nouvelles conventions s'est poursuivie en 2012. Huit nouvelles conventions départementales ont été signées ainsi que vingt-huit avenants. Avec les réseaux nationaux, neuf avenants et une nouvelle convention (avec le groupement de coopération sociale et médico-sociale Accueil familial du Sud-Ouest) ont été signés.

#### **Les conventions départementales**

Les conventions signées par la CNSA avec les départements se fondent sur une analyse des besoins locaux par le conseil général, qui propose ensuite un plan d'action. Le conseil général consacre les crédits obtenus par le cofinancement de la CNSA à des subven-

tions à des services d'aide à domicile, ou à la conduite directe de projets en faveur des services. Le pilotage du plan d'action par le conseil général permet de garantir sa cohérence avec les autres aspects de la politique départementale d'aide à l'autonomie, dans le cadre des schémas départementaux.

Au 31 décembre 2012, la CNSA était liée par convention avec soixante conseils généraux pour la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile.

## **Focus**

### **Évolution du cadre juridique**

La loi du 10 août 2011 modifiant la loi Hôpital, patients, santé et territoires, HPST a supprimé la nécessité pour l'État d'agréer les projets avant leur soutien par la CNSA et de cosigner des conventions. L'État intervient désormais uniquement dans la définition des objectifs stratégiques fixés à la Caisse, dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion. Un décret du 29 novembre 2012 a tiré les conséquences de cette évolution en adaptant la procédure s'imposant à ces projets.

Ce même décret a précisé les dépenses de formation des aidants éligibles au financement par la section IV du budget de la CNSA.



La CNSA a participé, comme en 2011, au suivi des expérimentations de nouvelles modalités de tarification des services d'aide à domicile, pilotées par l'Assemblée des départements de France et soutenues par l'État.

### Les conventions nationales

Sept fédérations d'associations ou d'entreprises de services d'aide à domicile (UNA, ADESSA – avec laquelle la CNSA a deux conventions –, FEPEM, UNCCAS, ADHAP Service, HANDEO, Croix-Rouge française) bénéficient du soutien de la CNSA pour le financement de programmes de modernisation des structures de leurs réseaux. Il s'agit de plans d'action de grande envergure visant la professionnalisation de la gestion des ressources humaines, la modernisation des outils de gestion et des systèmes d'information, l'amélioration de la qualité (démarches qualité, certification).

Le coût total des actions prévues dans le cadre de ces conventions, qui représente un total de 75 millions d'euros, est couvert en moyenne à 53 % par la subvention de la CNSA.

### Poursuite de l'effort de professionnalisation en lien avec les OPCA

Le soutien de la CNSA à la professionnalisation du secteur passe également par le financement d'actions de formation par le biais des organismes paritaires collecteurs des fonds de la formation professionnelle agréés (OPCA) du secteur médico-social.

Des accords-cadres ont été signés avec cinq d'entre eux :

- UNIFORMATION (secteur de l'économie sociale) ;
- UNIFAF (secteur privé à but non lucratif) ;
- OPCA PL (anciennement FORMAHP, secteur privé à but lucratif) ;
- ANFH (fonction publique hospitalière) ;
- CNFPT (fonction publique territoriale).

Les accords-cadres signés avec ces OPCA ont pour objectif de soutenir des actions de formation qualifiante ou des parcours de validation des acquis de l'expérience à destination des salariés des établissements et services relevant du champ de compétence de la CNSA. Les formations qualifiantes éligibles concernent les diplômes d'aide médico-psychologique, d'aide-soignant, d'infirmier, de moniteur-éducateur et d'éducateur spécialisé. Depuis 2010, dans le





**Ingrid Ispenian**  
Directrice Réseau,  
UNA

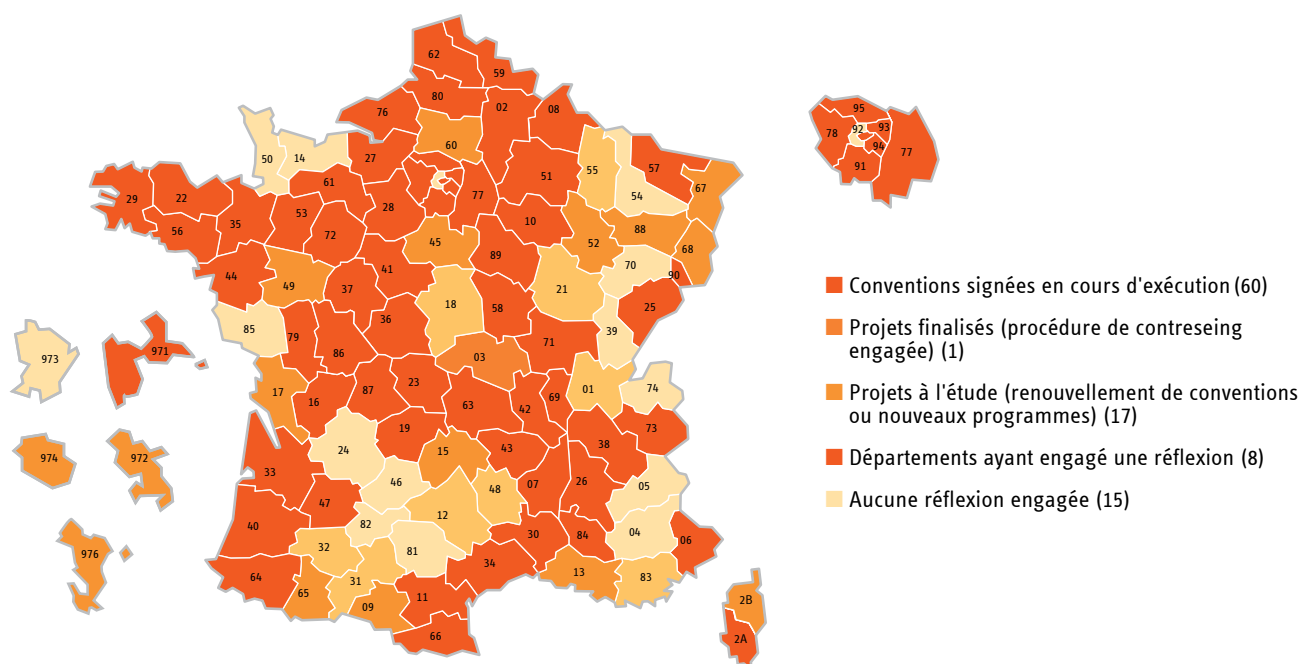
“ Le programme de modernisation s’inscrit directement dans la stratégie arrêtée pour le réseau. ”

**L**e programme de modernisation signé avec la CNSA a permis d’accélérer l’amélioration de la gestion et l’organisation des structures du réseau UNA sans pour autant oublier notre cœur de métier. En ce sens, il s’inscrit directement dans la stratégie arrêtée pour le réseau.

Ainsi, des travaux autour des ressources humaines, de la gestion, des systèmes d’information de la qualité ont été mis en œuvre mais également des réflexions sur les pratiques professionnelles à destination des intervenants à domicile. Il s’agit d’un programme ambitieux qui touche l’ensemble du réseau par la participation directe des services d’une part et le bénéfice de la capitalisation des actions menées d’autre part. Son évaluation externe, qui est en cours, fait ressortir un apport technique indiscutable, mais également un impact en termes de dynamique de travail au sein du réseau, permettant le développement des coopérations, indispensables aujourd’hui sur ce secteur.



## La contractualisation avec les départements au titre de la section IV du budget de la CNSA



► Suite de la page 116

cadre du plan Alzheimer, la formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) est également incluse. En 2011<sup>11</sup>, dans le champ des établissements, les crédits de la CNSA ont permis de cofinancer 3 577 parcours de formation, dont 2 427 à visée diplômante et 1 150 à visée de professionnalisation (ASG). Dans le secteur de l'aide à domicile, 45 322 personnes (travaillant pour 879 structures à but non lucratif) ont bénéficié de parcours de formation subventionnés par la CNSA dans le cadre de sa convention avec UNIFORMATION.

Le renouvellement des accords-cadres à partir de 2013 sera l'occasion de mettre davantage l'accent sur le déploiement d'actions de formation de professionnalisation (ou formations « thématiques » non diplômantes), permettant de favoriser l'adaptation des pratiques professionnelles aux enjeux du secteur et d'axer les formations sur des priorités thématiques identifiées par les pouvoirs publics (par exemple : fin de vie, autisme, bientraitance, troubles du comportement, maladie de Parkinson, etc.).

#### Évaluation du dispositif conventionnel : une démarche d'amélioration continue et d'équité

La CNSA a souhaité procéder à l'évaluation externe des conventions signées avec les fédérations au niveau national et les conseils généraux. L'objectif est de parfaire sa connaissance des modalités de mise en œuvre des conventions, ainsi que des conditions de réalisation des objectifs poursuivis, afin d'améliorer si besoin sa politique partenariale. Confiée à un prestataire, cette démarche doit également doter la CNSA d'indicateurs d'évaluation continue des actions et d'outils d'harmonisation de ses modalités de soutien aux projets (référentiels de coûts d'un certain nombre d'actions récurrentes, par exemple).

L'évaluation des conventions signées respectivement avec l'ADMR et l'UNA a été lancée en 2012. Celle des conventions départementales a débuté tout début 2013.

Ce travail apportera des éléments permettant d'opérer des choix dans les actions à soutenir ainsi que dans les modalités d'intervention, au regard de leur pertinence.

#### Systèmes d'information : standardisation des échanges de données entre services et financeurs

La démarche de standardisation des échanges de données entre les prestataires de services à domicile aux personnes en perte d'autonomie et leurs financeurs s'est poursuivie en 2012.

Engagé avec le soutien de la CNSA et porté par l'association Edisanté, le projet intitulé ESPPADOM (échanges financeurs prestataires pour les services aux personnes en perte d'autonomie au domicile) vise à proposer un ensemble de spécifications communes pour les données relatives à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au domicile ainsi que les formulations techniques pour la dématérialisation des échanges. Son pilotage associe, outre la CNSA, l'Assemblée des départements de France, le Régime social des indépendants, la Mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse et la Caisse nationale des allocations familiales.

Les travaux ont réuni des conseils généraux, des prestataires et les principaux éditeurs de solutions informatiques. Ils se sont intéressés aux données échangées à l'occasion de trois processus : plan d'aide, facturation, télégestion. Malgré l'hétérogénéité des définitions de données au début des travaux, les participants ont convergé vers des définitions harmonisées des données devant être échangées. Le projet ESPPADOM a donc abouti à un modèle des échanges et un dictionnaire de données. Il convient désormais de les tester en situation d'usage réel (trois départements – Aube, Charente, Seine maritime – s'y emploient) puis de diffuser largement ces travaux. Ces résultats ont en effet vocation à devenir un standard adopté par les éditeurs de logiciels. Ces derniers ayant participé au projet, l'adoption de ces standards devrait en être facilitée.

<sup>11</sup> Bilan 2012 non encore disponible.



### ★Aides techniques : de l'appui aux MDPH à la structuration nationale

Les aides techniques sont complémentaires des aides humaines pour favoriser l'autonomie des personnes handicapées ou âgées. Financées en partie ou totalement par la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), elles font le plus souvent l'objet de multiples cofinancements. La politique nationale relative aux aides techniques relève de plusieurs institutions dans le cadre d'un paysage complexe. La mission de la CNSA consiste à « contribuer au développement de la connaissance des aides techniques destinées à compenser la perte d'autonomie, et en faciliter l'accès », ainsi qu'à fournir un appui technique aux MDPH sur cette question, dans le cadre de sa mission d'animation de réseau et de garantie de l'équité de traitement.

#### Apport d'expertise et collaboration avec les partenaires nationaux

La CNSA apporte aux MDPH un soutien technique important, y compris en matière de compensation technique (*cf. chapitre 3 de la partie Activité*).

Au niveau national, elle a poursuivi en 2012 sa contribution aux travaux du Comité écono-

---

### La solvabilisation des aides techniques *via* la PCH et les fonds de compensation

La part des aides techniques dans les aides accordées au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) a eu tendance à augmenter, passant de 20,8 % en 2007 à 24,2 % en 2010, mais cette évolution s'est légèrement inversée en 2011 (23,3 %). L'aménagement du logement et du véhicule représente quant à lui 15,4 % du volume de la PCH, en constante diminution depuis 2007 (où il représentait 22,2 % des aides).

Les fonds départementaux de compensation interviennent en complément, et principalement pour le financement des aides techniques, des aménagements de logement et des aménagements du véhicule. L'étude réalisée en 2011 sur les données 2010 montrait que, en termes de montants décidés, les aides techniques représentaient en moyenne près de la moitié (47 %) des montants accordés par les fonds départementaux de compensation, les aménagements du logement concernaient près d'un tiers des montants (32 %) et les aménagements du véhicule près d'un cinquième (17 %), avec de fortes variations interdépartementales.

Voir le Mémo de la CNSA : « Comment financer l'achat d'une aide technique » disponible sur le site de la Caisse : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Panneau\\_Aide\\_technique.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Panneau_Aide_technique.pdf)

---



## Focus

### Les Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques soutenus par la CNSA :

- Centre d'expertise national Robotique : CENROB (porté par la Mutualité Languedoc, constitué sous forme de groupement d'intérêt économique) <http://www.cenrob.org/> ;
- Centre d'expertise national Mobilité : CEREMH (porté par une association, le Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap) <http://www.ceremh.org/> ;
- Centre d'expertise national Stimulation cognitive : CEN STIMCO (dont les membres fondateurs se sont constitués en association) <http://censtimco.org/> ;
- Centre d'expertise national Technologies de la communication et de l'information : CENTICH (porté par un groupement de fondateurs) <http://www.centich.fr/> ;
- Centre d'expertise national Habitat (porté par le Centre national de référence santé à domicile et autonomie) <http://www.cnr-sante.fr/>

mique des produits de santé (CEPS) et de la Haute Autorité de santé (HAS). À la demande du CEPS, la Caisse a réalisé une enquête auprès des MDPH pour mieux cerner les modalités de financement des fauteuils roulants (quels financeurs et pour quelle part respective ?) et les sommes restant à la charge des usagers. Les fonds départementaux de compensation disposent de ces informations dans les dossiers des usagers : l'enquête a donc nécessité un travail en profondeur d'analyse de dossiers individuels pour recueillir les données recherchées. Treize fonds départementaux de compensation se sont portés volontaires pour y participer. Les données ainsi obtenues feront l'objet d'une présentation lors d'une réunion de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques en 2013.

L'expertise de la CNSA dans ce champ a également été sollicitée dans le cadre d'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales relative aux aides techniques.

Par ailleurs, la deuxième convention conclue avec la CNAMTS, préparée en 2012 et signée en 2013, prévoit une collaboration entre les deux caisses dans le domaine des aides techniques cofinancées par l'assurance maladie dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et par la PCH ou l'APA.



## Relance des travaux de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques

L'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, mis en place en 2007 par la CNSA, réunit les industriels, les associations de représentants des utilisateurs, les administrations et d'autres acteurs afin d'échanger leurs données et leurs analyses au sein de groupes de travail thématiques.

L'Observatoire est chargé, entre autres, de produire des analyses destinées à mieux comprendre la formation des prix des aides techniques au regard du service rendu, de l'intégration de l'innovation et de la distinction des coûts de fabrication et des services associés.

Ces travaux sont menés sur les catégories de produits suivantes : les fauteuils roulants, manuels et électriques, les prothèses auditives, les aides à la communication pour déficients visuels, les technologies de l'information et de la communication et les gérontechnologies.

La réunion du 30 novembre 2012 a permis aux membres de l'Observatoire de partager des informations et des données : projets de recherche soutenus par la CNSA, état des lieux des connaissances en matière de recours aux aides techniques présenté par la DREES, bilan des réalisations du centre d'expertise national en stimulation cognitive et présentation du référentiel de formation des prestataires de services et distributeurs de matériel.

## Accompagnement et suivi des centres d'expertise nationaux sur les aides techniques

En soutenant et en suivant l'expérimentation de cinq centres d'expertise nationaux depuis 2011, la CNSA vise à stimuler la recherche et l'innovation dans le champ des aides techniques autour de partenariats solides entre chercheurs, professionnels de la compensation, usagers et industriels. Organisés pour mieux répondre aux besoins des usagers, les centres d'expertise ont vocation à se pérenniser au-delà de la sub-

vention triennale de la CNSA. Leur modèle économique est donc en cours de définition et de consolidation.

Certaines problématiques sont transversales aux cinq centres et appellent une collaboration entre eux. C'est le cas notamment de l'évaluation des aides techniques : comment donner aux usagers des repères sur la qualité, le service rendu par une aide technique, et sur quels critères ? Comment évaluer l'impact d'une aide technique sur la qualité de vie de ses utilisateurs ? Au regard de la diversité et de la complexité de l'offre, les usagers ont besoin d'indicateurs simples pour les guider dans leurs choix. Les financeurs institutionnels, eux, ont besoin de méthodes efficaces et adaptées aux aides techniques (en particulier pour les aspects liés à la qualité d'usage et à l'interaction avec l'environnement) afin d'évaluer l'impact des solutions portées par les industriels sur le service de compensation rendu aux utilisateurs et à leurs aidants, mais aussi sur le plan économique. L'absence de telles garanties de qualité (au-delà de la norme CE relative à la sécurité d'utilisation d'une aide technique) constitue un frein au recours aux aides techniques et à leur financement par la solidarité.

Les centres d'expertise nationaux ont donc engagé une réflexion autour d'un dispositif d'évaluation fondé sur des critères objectifs et une procédure transparente. Ils proposent de construire un référentiel dont la pertinence et le niveau de preuve s'amélioreront progressivement grâce à la collecte de retours d'expérience et des actualisations régulières.

## \*Aide aux aidants : soutien aux grandes associations nationales

Dans le cadre d'une convention avec la CNSA au titre de la section V de son budget, l'association France Alzheimer a procédé à une étude visant à modéliser des actions de soutien aux aidants. La modélisation consiste en une description précise du montage, du fonctionnement et des résultats d'une action mise en œuvre localement de façon diverse,

en utilisant une grille d'analyse commune. Le résultat, qui formalise les enseignements de l'expérience, doit permettre de faciliter le développement d'actions similaires. Il est disponible sur le site de la CNSA<sup>12</sup>.

Dans cette étude, France Alzheimer s'est intéressée aux actions à destination des aidants uniquement (groupe de parole, entretien individuel, actions conviviales et de bien-être) ou à destination du couple aidant-aidé (actions conviviales, café mémoire et halte relais). Ce travail a été réalisé conjointement avec vingt-trois associations du réseau. La démarche adoptée est proche de celle qui avait abouti au « guide pratique » destiné aux porteurs de projets de formules innovantes de répit<sup>13</sup>.

La convention entre la CNSA et France Alzheimer relative à la formation des aidants a en outre fait l'objet d'un avenant prolongeant sur le premier semestre 2012 le délai de mise en œuvre des actions de formation non encore réalisées.

La CNSA a en outre finalisé en 2012 les projets de conventions relatifs à la formation des aidants et la formation de formateurs avec l'UNAFAM, Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, les Aînés ruraux et France Parkinson. Ces conventions ont été signées début 2013 et vont permettre d'amplifier les actions de soutien aux aidants et de diversifier les projets soutenus par la CNSA dans ce domaine.

<sup>12</sup> [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/FACR\\_RAPPORT\\_FINAL\\_CNSA\\_FA\\_2010-2011VF.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/FACR_RAPPORT_FINAL_CNSA_FA_2010-2011VF.pdf)

<sup>13</sup> Disponible sur le site de la CNSA : [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=1024](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=1024)

## L'ESSENTIEL

La compensation des conséquences du handicap et le soutien à l'autonomie mobilisent des aides humaines auprès des personnes, mais également des aides techniques. La CNSA dispose de plusieurs leviers d'action pour améliorer l'adéquation entre ces aides et les besoins et attentes des personnes.

Dans le champ de l'aide à domicile, elle apporte un soutien financier à la modernisation et à la professionnalisation des services, soit en cofinçant des plans d'action départementaux pilotés par les conseils généraux (53 conventions en vigueur), soit en subventionnant

les grandes fédérations nationales qui contribuent à la structuration de leur réseau (8 conventions en vigueur, représentant 75 millions d'euros de subventions).

Dans les établissements comme dans les services, la CNSA agit au travers de son partenariat avec les OPCA, financeurs de la formation professionnelle, en faveur de la montée en compétence et en qualification des professionnels (5 conventions en vigueur en 2012, près de 50 000 professionnels bénéficiaires).

Les aides techniques relèvent de plusieurs financeurs,

dans un paysage institutionnel complexe. Le rôle de la CNSA est à la fois d'appuyer les MDPH dans leur rôle d'évaluation des besoins et d'attribution de la prestation de compensation, et d'apporter une expertise à ses différents partenaires institutionnels. Elle a ainsi procédé en 2012 à une enquête auprès des fonds départementaux de compensation pour recueillir des données relatives au reste à charge des usagers. Elle a relancé en novembre 2012 l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, espace de dialogue et de mise en commun d'informations entre financeurs, prestataires, experts et représentants des usagers.



Mettre la connaissance et l'intelligence au service des solutions de demain : tel est l'objectif qui guide la politique de soutien à la recherche de la Caisse. Par la diffusion de la connaissance, la CNSA a aussi l'ambition de mobiliser chercheurs, professionnels et décideurs autour de la participation à la vie sociale des personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge et quelle qu'en soit la cause.

# Études, recherche, innovation

## Développer et diffuser la connaissance

### **\*Animation de la recherche : développement des partenariats et augmentation des enveloppes dédiées**

#### **Les deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA : aide à l'autonomie et parcours de vie**

Les deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA se sont tenues les 15 et 16 février 2012. Consacrées aux parcours de vie des personnes en perte d'autonomie, ces rencontres ont réuni près de sept cents professionnels, décideurs, représentants d'associations de personnes en perte d'autonomie et chercheurs.

Les interventions de la quarantaine d'experts français, européens et nord-américains et les nombreux échanges menés avec le public dans les douze ateliers ont confirmé les spécificités de l'approche par les parcours des personnes (*cf. partie Prospective*). Raisonner en termes de parcours, c'est :

- penser la situation de chacun comme sin-

gulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie dont souffre la personne ;

- s'intéresser à la perception qu'a la personne de sa situation et à ses projets pour l'avenir : l'implication de la personne dans la gestion de son parcours est une condition indispensable au bon déroulement d'un plan d'aide ou d'une entrée en institution ;
- penser le vieillissement comme un processus, une évolution et non pas comme un état ;
- prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne (familiale, professionnelle, sociale, citoyenne) et pas seulement la dimension médicale. Un des enjeux est de déplacer le regard des professionnels pour qu'il ne se concentre pas sur les difficultés rencontrées par la personne, mais sur ses capacités.

Dans les mois qui ont suivi les rencontres scientifiques, la direction de la communication a mis en ligne les séquences vidéo des interventions plénières et la restitution des ateliers<sup>14</sup>. Puis elle a édité et diffusé les actes dans la collection des « Dossiers scientifiques

<sup>14</sup> <http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/videos/index.php>





de la CNSA ». Ils sont disponibles sur simple demande.

### Développement des appels à projets et du soutien à des travaux de recherche

Les grands investissements de la CNSA en matière de recherche ont été poursuivis et amplifiés en 2012.

Dans le champ des nouvelles technologies pour l'autonomie, la CNSA a renouvelé son partenariat avec l'Agence nationale pour la recherche (ANR) pour les deux appels à projets suivants :

- *Ambient Assisted Living (AAL)* pour 1 M€ ;
- *TecSan* pour 2 M€, soit le double des années précédentes. La somme allouée à TecSan a été portée à 2 M€ au regard du grand nombre de projets éligibles (bien notés par le comité de sélection et entrant dans le champ de la CNSA). En 2011, aucun projet relatif au champ de l'autonomie n'avait été sélectionné.

L'appel à projets permanent de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) « handicap et perte d'autonomie », cofinancé par la CNSA et la DREES, a également bénéficié d'une enveloppe accrue : le montant total de la participation de la CNSA a été augmenté par rapport à l'engagement initial et s'est

élevé à 706 088 € pour la première session et 415 126 € pour la deuxième session, au lieu des 381 600 € initialement prévus par session. La qualité des projets déposés et l'intérêt pour la CNSA de voir se réaliser davantage de projets de recherche ont justifié cet apport supplémentaire. L'effort de la CNSA et de la DREES pour stimuler la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie au travers de cet appel à projets ciblé semble porter ses fruits.

De nouveaux investissements ont en outre été financés. En partenariat avec l'ANR, la CNSA soutient à hauteur de 250 000 € chacun des deux projets retenus respectivement dans le cadre des appels à projets « sociétés innovantes » et « déterminants sociaux de la santé ». Pour la première fois, des projets concernant l'autonomie ont été bien notés par le comité de sélection dans ces deux appels à projets.

Avec l'IReSP, la CNSA a participé au financement de l'appel à projets « Handicaps rares », à hauteur de 479 136 €. Cet appel à projets découle du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 (cf. *chapitre 1 de la partie Activité*). Trois projets seront financés sur les six éligibles. Il apparaît que la théma-

tique du handicap rare n'est pas encore bien cernée par les chercheurs, notamment du fait d'une terminologie qui reste spécifique à la France (la notion de « handicap rare » n'est pas utilisée dans la littérature étrangère). La parution en janvier 2013 de l'expertise collective réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur ce sujet, financée par la CNSA, devrait dynamiser ce secteur de la recherche.

Une convention a été signée en 2012 avec la Fondation maladies rares pour le lancement en 2013 d'un appel à projets de recherches en sciences humaines et sociales au sujet des maladies rares.

La CNSA a décidé de participer au financement du projet européen « Outils de décomposition de la surveillance de l'espérance de vie sans incapacité (EVS) et l'évaluation de l'effet potentiel des interventions sur l'ESVI » de l'université Erasmus de Rotterdam. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'action conjointe *European Health and Life Expectancy Information System* ou système d'information sur les espérances de vie et de santé européennes, confiée à l'INSERM et financée par la CNSA et la DREES depuis 2011. La journée de présentation officielle des résultats de ces travaux européens, organisée en avril 2012, a permis la publication des indicateurs pour la France en comparaison avec ses voisins européens. Depuis 2004, l'enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre

est âgé de 50 ans et plus. La CNSA a déjà financé la quatrième vague (2 600 personnes enquêtées) qui était portée par l'IRDES. La cinquième vague de l'enquête SHARE est désormais portée par la Fondation partenariale Paris-Dauphine et est également soutenue par la CNSA à hauteur de 500 000 €. Cette étude apporte des éléments importants concernant l'apparition de la fragilité puis de la perte d'autonomie, leurs déterminants et leur retentissement économique. Elle permet les comparaisons européennes et apporte des éléments concrets pour la réflexion sur le financement de la dépendance dans les années à venir.

**Le Conseil scientifique de la CNSA :  
deux séances annuelles  
et une implication en continu**

Le Conseil scientifique de la CNSA se réunit deux fois par an. Ses séances sont l'occasion de débattre des orientations à donner à l'action scientifique de la Caisse. Ainsi, le Conseil scientifique a accueilli en septembre 2012 une présentation par le professeur Bruno Vellas des travaux de recherche sur le vieillissement menés par le gérontopôle de Toulouse. Il a affirmé à cette occasion l'intérêt pour la CNSA de soutenir des travaux dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie (*cf. avis du Conseil scientifique ci-contre*).

C'est en lien avec le Conseil scientifique qu'a été engagée en 2012 la préparation des prochaines rencontres scientifiques de la CNSA qui auront lieu en 2014.

**Lancement des travaux des trois chaires  
dans le cadre de la Maison des sciences  
sociales du handicap**

La CNSA a signé un partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour la création et le financement de trois chaires dans le cadre de la Maison des sciences sociales du handicap, qui associent l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'École normale supérieure (ENS). Le soutien de la CNSA représente 2,47 M€ sur les quatre ans. L'objectif des chaires est notamment

**Focus**

**Ce que nous apprend l'action conjointe  
européenne sur l'espérance de vie sans incapacité :  
le cas de la France**

« La France, qui affiche l'espérance de vie la plus longue pour les femmes en 2010 comme en 2009, occupe la 10<sup>e</sup> place en termes d'espérance de vie sans incapacité, illustrant ainsi un cas de figure où longue vie ne coïncide pas avec une faible déclaration de limitations dans les activités usuelles. Les hommes français occupent respectivement la 8<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> place, sur 27, en termes de longévité et d'espérance de vie sans incapacité avec les valeurs de 2009. »

Source : INSERM 2012.

Suite page 129 ►

# Avis du Conseil scientifique au Conseil de la CNSA

## Les modalités de financement de projets par la CNSA

Lors de la séance du 14 mars 2012, les membres du Conseil ont discuté les doctrines respectives des deux modalités de financement de projets par la CNSA : l'appel à projets de recherche lancé en partenariat avec d'autres financeurs de la recherche, que sont notamment l'IReSP et l'ANR, et les subventions directes dont les demandes sont examinées cinq fois par an par la seule CNSA. Le Conseil scientifique a acté la nécessité d'une doctrine quant aux critères de qualité attendus des projets finançables directement par la CNSA.

Suite aux recommandations du Conseil scientifique, un certain nombre de décisions ont été prises :

- afin que les montants de projets de recherche comportant une partie de recueil de données sur le terrain ne soient pas pénalisants pour l'appel à projets de l'IReSP, l'enveloppe budgétaire de chaque session de l'appel à recherches Handicap et perte d'autonomie a été doublée en 2012 ;
- les demandes de financements pour colloque ne sont plus éligibles aux sessions « handicap » de l'appel à projets de l'IReSP, elles relèvent dorénavant du guichet « subventions directes » de la CNSA. Les cinq fenêtres d'examen annuelles des demandes de subventions directes sont plus compatibles avec les agendas des colloques et permettent une réactivité plus grande que les deux fenêtres de l'AAP handicap ;
- la durée maximale des projets éligibles à l'appel à projets IReSP a été étendue à trois ans (contre deux antérieurement) pour permettre le financement complet d'un doctorant ;
- la direction scientifique, avec l'aide du Conseil scientifique, a élaboré un document de recommandations aux porteurs de projet sollicitant une subvention directe à la CNSA, qui a été mis en ligne<sup>15</sup> à la fin de l'année 2012.

Le Conseil scientifique a insisté sur la nécessité d'associer des « méthodologistes » pour accompagner les porteurs de projet issus du terrain et non formés à ces aspects. La direction scientifique mettra en place en 2013 un dispositif de mise en relation des porteurs de projet. L'évaluation externe doit faire partie des projets d'expérimentation ou d'actions innovantes et peut être financée par la CNSA. Il importe en effet que les projets comportent des éléments de modélisation permettant à la CNSA d'en tirer des enseignements ; la problématique de la généralisation ou de l'extension des résultats attendus devrait être abordée le plus tôt possible dans les projets. Le Conseil scientifique recommande à la CNSA de développer sa politique de valorisation et diffusion des projets soutenus.

## Fragilité et prévention de la perte d'autonomie

Lors de la séance du 26 septembre, le Conseil scientifique a auditionné le professeur Bruno Vellas, qui a présenté les travaux du gérontopôle de Toulouse, dans une perspective de collaboration avec la CNSA.

Les objectifs du gérontopôle, né en 2007, sont de permettre l'accès au diagnostic, à l'innovation, à la recherche clinique, notamment dans la maladie d'Alzheimer, aux personnes âgées qui en sont généralement exclues. Pour cela, ont été créés un institut du vieillissement en centre-ville pour la mise en place de grands essais de prévention, en collaboration avec l'INSERM, le premier centre CMRR, un service post-urgence gériatrique, une unité de soins aigus Alzheimer, un hôpital de semaine gériatrique et, enfin, un réseau de recherche clinique en EHPAD.

L'objectif des travaux est de retarder l'entrée dans la dépendance des personnes âgées en développant une pratique médicale innovante et une recherche

<sup>15</sup> Recommandations accessibles sur le lien suivant : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Recommandations.pdf>

## Avis du Conseil scientifique au Conseil de la CNSA

scientifique de portée internationale. Il s'agit notamment de développer des infrastructures ambulatoires en centre-ville pour le repérage et la prise en charge des personnes fragiles et pré-fragiles, associant la prévention du déclin fonctionnel et l'accès à la recherche clinique, mais aussi de mettre en place des cohortes en population générale et un programme d'amélioration de la qualité des soins en EHPAD.

Le Conseil scientifique s'est montré très intéressé par les travaux du gérontopôle, tout en regrettant leur orientation très gériatrique et régionale. En effet, la dimension sociale peut faire partie d'interventions multidomaine (agissant simultanément sur plusieurs plans : activités cognitives et sociales, exercice physique, nutrition, etc.) : la fragilité a différentes facettes, qui ne sont pas que biologiques. Les ressources dont les personnes disposent et l'environnement influent grandement sur les parcours des personnes. Certains environnements sont plus à risque de générer des situations de dépendance (certains domiciles...) que d'autres. Toutes ces questions justifieraient que des chercheurs en sciences humaines et sociales soient associés aux travaux du gérontopôle. Le Conseil scientifique a attiré l'attention du professeur Vellas sur l'absolue nécessité de respecter les droits et décisions des personnes, notamment dans la communication d'information à des professionnels non médicaux (les aides à domicile par exemple). La collaboration d'un juriste serait peut-être utile au gérontopôle, même dans un cadre expérimental, et *a fortiori* si les actions se révèlent efficaces et sont généralisées.

Le Conseil s'est interrogé sur la pertinence d'un partenariat global avec le gérontopôle ou du financement de projets au coup par coup, permettant de choisir ceux qui sont plus dans le champ de la CNSA. Les membres étaient plutôt en faveur d'un partenariat global mais en définissant les axes de travail pertinents pour la CNSA, non exclusivement sanitaires, qui seraient l'objet du financement. Le gérontopôle de Toulouse étant le seul labellisé, il est logique que, si la CNSA s'empare de la question de la prévention de la perte d'autonomie, elle noue un

partenariat avec celui-ci, qui développe des outils puissants dans ce domaine. Il est important pour la CNSA de pouvoir identifier et soutenir un certain nombre de lieux d'excellence, labellisés comme tels car réceptacles potentiels de demandes ou de projets, dans le domaine qui est le sien.

Toutefois, cette collaboration envisagée pose une question plus fondamentale : la fragilité et la prévention de la perte de l'autonomie sont-elles dans le champ de la CNSA, par exemple en raison de leur spécificité par rapport à la prévention d'autres problèmes de santé (les maladies) dont d'autres organismes (l'INPES par exemple) s'occupent ? Lors de la première réunion du Conseil scientifique de la CNSA, la prévention avait été écartée du champ des activités de la CNSA, dans l'optique d'éviter que les acteurs « de droit » de la prévention ne s'en dessaisissent au profit de la CNSA. Toutefois, un glissement progressif s'est opéré, la prévention de la perte d'autonomie a même été le sujet du rapport du conseil de la CNSA de 2010. Les membres sont d'accord pour considérer que les personnes fragiles sont dans le cœur de cible de la CNSA, et que par ailleurs les travaux du gérontopôle portent aussi sur les personnes en perte d'autonomie.

En conclusion, les membres du Conseil scientifique considèrent que la prévention de la perte d'autonomie entre dans le champ de compétences de la CNSA et sont favorables à un partenariat avec le gérontopôle de Toulouse. Toutefois, il conviendra que ce partenariat porte sur un programme prenant en compte la vision de la CNSA du risque de dépendance, c'est-à-dire pas uniquement en tant qu'aggravation de la santé (fragilité, défaut de soins), mais aussi en interaction avec l'environnement global de la personne (habitat, relations sociales, etc.).

### Évaluation des pratiques d'accompagnement

Lors de ses deux séances de 2012, le Conseil scientifique s'est penché sur la question de l'évaluation des interventions non médicamenteuses en EHPAD, faisant le constat que la recherche dans ce domaine était pauvre et qu'une partie



des acteurs des EHPAD sont relativement démunis quand ils cherchent à évaluer l'une ou l'autre de leurs actions, par manque de culture méthodologique, et du fait de l'absence de promoteur type PHRC médico-social ou industrie pharmaceutique. Le champ considéré est celui de la recherche portant sur l'évaluation des effets des pratiques qui visent à préserver l'autonomie ou les capacités de la personne. Un rapide bilan de la littérature montre que différents acteurs comme les ARS, les CG, l'ANAP, l'ANESM, la CNSA, l'AFNOR se préoccupent d'évaluer l'efficacité des EHPAD selon diverses catégories d'indicateurs. En revanche, il y a un défaut d'études d'évaluation des pratiques non médicamenteuses, et celles qui existent prennent rarement en compte l'impact des pratiques sur l'environnement (le personnel, la famille) et l'impact économique. Ceci contraste avec l'abondance de littérature sur les thérapies médicamenteuses.

Le Conseil scientifique acte que la recherche en matière d'évaluation des pratiques d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie est déficiente, qu'elle est réalisable et fortement souhaitable. Après avoir initialement envisagé la création d'un thésaurus d'outils d'évaluation, le Conseil scientifique a conclu que ce n'était pas tant les outils qui manquaient que les chercheurs s'investissant dans ce domaine. Aussi, il est apparu plus pertinent de lancer un appel à soutien d'équipes de recherche appliquée dans ce champ. Si plusieurs équipes étaient financées, celles-ci pourraient s'associer pour faire le thésaurus d'outils initialement envisagé.



► Suite de la page 126

de soutenir, mettre en œuvre et faciliter les échanges pour contribuer à la production et à la circulation des connaissances sur le handicap et à leur visibilité au niveau international.

Les trois chaires de la Maison des sciences sociales et du handicap soutenues par la CNSA sont les suivantes :

- « Participation sociale et situations de handicap », dont le titulaire est Jean-François Ravaud, directeur de recherche INSERM ;
- « Social Care : lien social et santé », dont le titulaire est Claude Martin, directeur de recherche CNRS ;
- « Handicap psychique et décision pour autrui », dont la titulaire est Florence Weber, professeur des universités, ENS.

Elles ont fait l'objet de trois conférences inaugurales en mars 2012 au Collège de France, où les titulaires ont présenté les ambitions qu'ils portent pour ces chaires et les orientations adoptées pour guider leurs travaux. Ceux-ci ont débuté en 2012.

### **★ Une politique de soutien aux projets innovants et aux études qui continue de se structurer**

#### **Explication des conditions d'éligibilité des projets au soutien de la CNSA**

Le Conseil scientifique contribue à affiner la doctrine de la CNSA en matière de soutien aux projets d'études et aux actions innovantes lors de ses débats et à travers sa participation au processus d'analyse et de sélection des

Suite page 131 ►

# Le soutien à la recherche sur la qualité de l'aide à domicile conduit par la DREES et la CNSA

Dans le prolongement de la première vague de travaux sur la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles lancée en 2008, deux appels à projets de recherche ont été lancés en 2009 sur les thématiques suivantes :

- l'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger ;
- la mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction : « prise de parole » des usagers.

Huit projets financés dans le cadre de ces appels à projets sont arrivés à leur terme en 2012. Leurs résultats sont désormais disponibles.

- La recherche menée par **Dominique Argoud** (laboratoire CIRCEFT EA 43 84, université Paris-Créteil) a porté sur « La prise en compte de la parole des personnes âgées vivant à domicile : quels enjeux pour les pouvoirs publics et les professionnels ? L'exemple du département de la Drôme ». Le principal objectif de la recherche a été de parvenir à mieux comprendre comment les différents acteurs situés du côté de l'offre (de prestations ou de politiques publiques)

prennent en compte la parole des personnes âgées vivant à domicile.

- **Emmanuel Bagaragaza**, sous la direction de Joël Ankri (laboratoire « Santé-Vieillesse », université Versailles-Saint-Quentin en Yvelines), a effectué une recherche sur le thème de « L'évaluation de la qualité de l'aide et de soins aux personnes âgées vivant à domicile, cas des services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPA-SAD) ». L'objectif était d'identifier et de préciser le contenu des différentes dimensions de la qualité de l'aide et des soins pour les personnes âgées vivant à domicile, afin d'en définir la mesure. Un cadre conceptuel et méthodologique ainsi que des indicateurs de la qualité de l'aide et des soins à domicile ont été proposés.

- Dans son projet de recherche intitulé « Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide à domicile : construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile », **Béatrice Fermon** (Legos, université Paris-Dauphine) a examiné la relation d'aide à domicile afin d'en comprendre les enjeux pour chacune des parties

prenantes et ainsi rendre compte des problématiques à considérer pour élaborer des instruments de mesure de la qualité.

- La recherche menée par **Antoine Hennion** (Centre de sociologie de l'innovation, ARMINES / Mines-ParisTech), intitulée « Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs », a permis une description et une analyse de l'activité d'aide à domicile.

- La recherche-action de **Jean Mantovani** (Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées) a porté sur « L'évaluation de la mise en œuvre des plans d'aide personnalisés de l'APA – Positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité ». L'objectif était de définir des critères de qualité des réponses apportées aux personnes bénéficiant d'une aide professionnelle à domicile, dans le cadre de l'APA.

- La recherche d'**Olivier Giraud** (Centre Marc Bloch, Berlin, CNRS – 3 130) s'est penchée sur « L'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger : apprentissage social et innovation dans les régimes locaux de soins à domicile pour les personnes âgées en Allemagne, Écosse et Suisse ». Elle a traité de la capacité des systèmes locaux d'aide et de soins à domicile des personnes fragiles, notamment des personnes âgées dépendantes, à procéder à des innovations institutionnelles ou à des apprentissages sociaux susceptibles de corriger au moins en partie certaines des insuffisances les plus flagrantes des systèmes nationaux.

- Le projet de **Tina Rostgaard** (SFI - The Danish National Centre for Social Research), « Living independently at home : Reforms in organisation and governance of European home care for elderly and disabled », a eu pour but de dresser un inventaire des réformes récentes intervenues dans l'aide à domicile dans neuf pays (Italie, Grande-Bretagne, Irlande, Allemagne, Suède, Danemark, Norvège, Finlande, Autriche) et d'en analyser les principes sous-jacents dans le domaine de la régulation et de la gouvernance.

- La recherche intitulée « 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 » a été portée par **Marthe Nyssens** (CERISIS/CIRTES, université catholique de Louvain). L'objectif a été d'étudier les réponses d'États européens au besoin de soins à domicile, en commençant par des réformes entreprises dans ce domaine pendant les deux décennies passées, et d'identifier les modèles d'évolution des régimes contemporains de soin à la lumière de ces changements.

► Suite de la page 129

dossiers soutenus. Un membre du Conseil scientifique participe en effet systématiquement au comité d'attribution des subventions. Les membres sont en outre régulièrement sollicités pour apporter leur expertise à l'analyse de la pertinence et de la solidité méthodologique des projets soumis à la CNSA. Enfin, les projets soutenus dans le cadre de la section V du budget de la CNSA et arrivés à leur terme font régulièrement l'objet d'une présentation devant le Conseil scientifique et de débats sur les suites à leur donner.

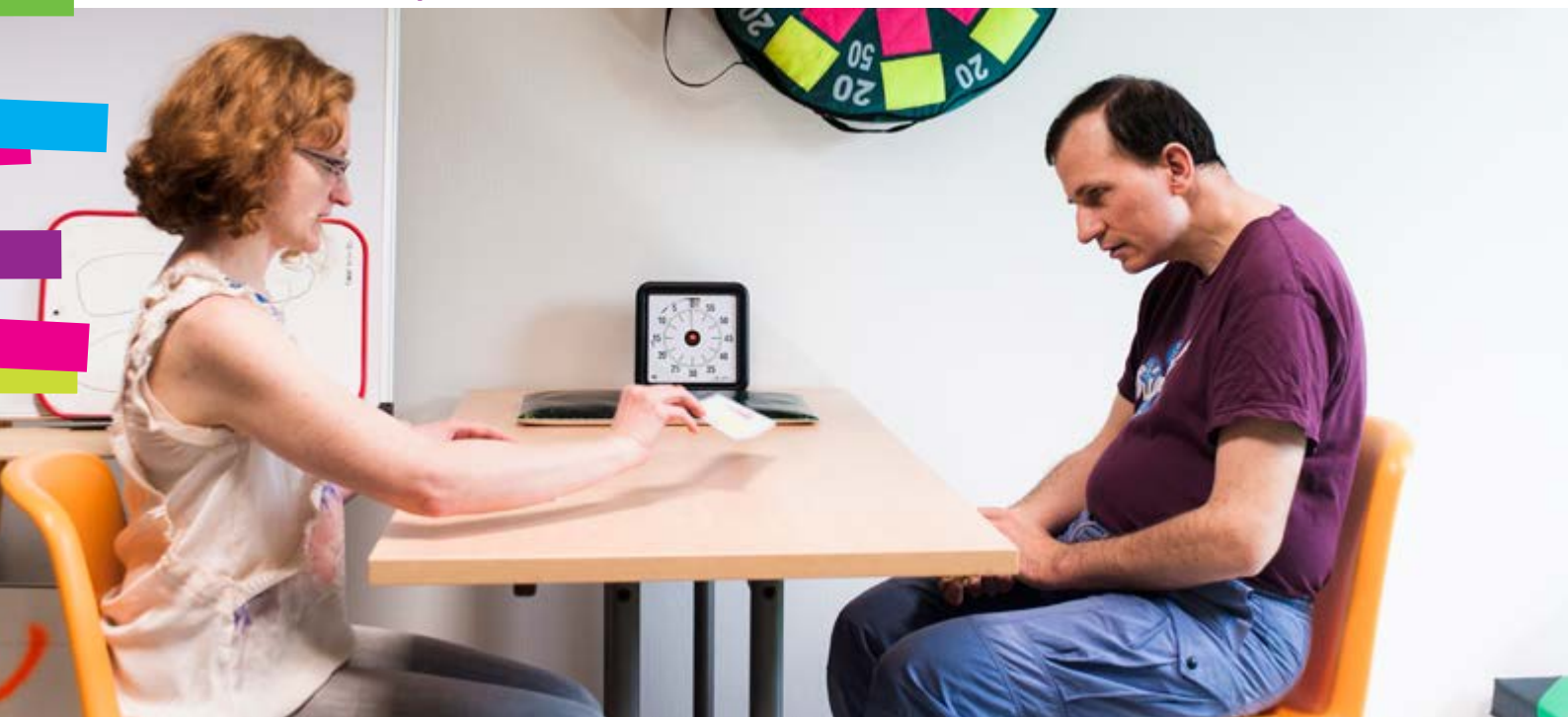
Le Conseil scientifique a été associé à l'élaboration d'un document de recommandations à l'attention des porteurs de projets, précisant les conditions d'éligibilité à une subvention. Ce guide de recommandations pour les demandes de subvention au titre de la section V a été mis en ligne sur le site Internet de la CNSA en novembre 2012. Il précise les points de méthodologie à respecter. Son objectif est d'améliorer la qualité des projets soumis et leurs chances d'être soutenus.

### Un nombre croissant de demandes de soutien aux actions innovantes et aux études

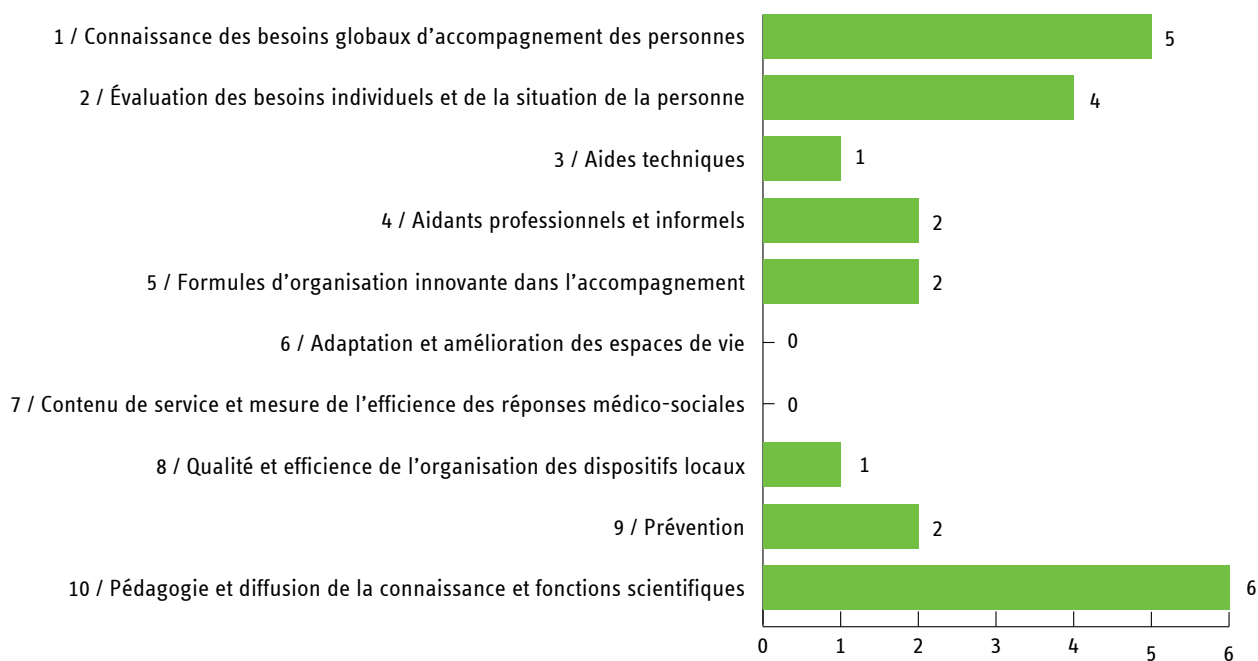
#### De plus en plus de projets examinés par le comité des subventions

Le comité des subventions s'est réuni à cinq reprises en 2012 pour examiner les dossiers de demande de subventions. Les quarante-six dossiers de demande déposés en 2012 ont fait l'objet d'une instruction en interne à la CNSA et d'une expertise externe, toutes deux appuyées sur des grilles d'analyse homogènes. Les avis ainsi motivés donnent lieu à une décision du directeur de la CNSA : celle-ci a été favorable pour la moitié des dossiers en 2012 (vingt-trois dossiers sur quarante-six). Certains d'entre eux ont d'abord fait l'objet de réserves, puis ont été soumis à nouveau à examen et acceptés après avoir été revus conformément à l'avis du comité.

Le nombre de dossiers examinés à chaque comité témoigne de la visibilité croissante de ce dispositif et d'initiatives de plus en plus nombreuses dans le champ de l'autonomie : de six projets soumis à l'attention du comité en février, on est ainsi passé à dix-sept projets examinés en décembre.



**Projets ayant obtenu en 2012 un soutien de la CNSA sur la section V de son budget :  
Répartition par axe thématique du programme de travail 2012**







**Jean-François Ravaud**

Titulaire de la chaire  
« Participation  
sociale et situations  
de handicap » et  
vice-président du  
Conseil scientifique  
de la CNSA

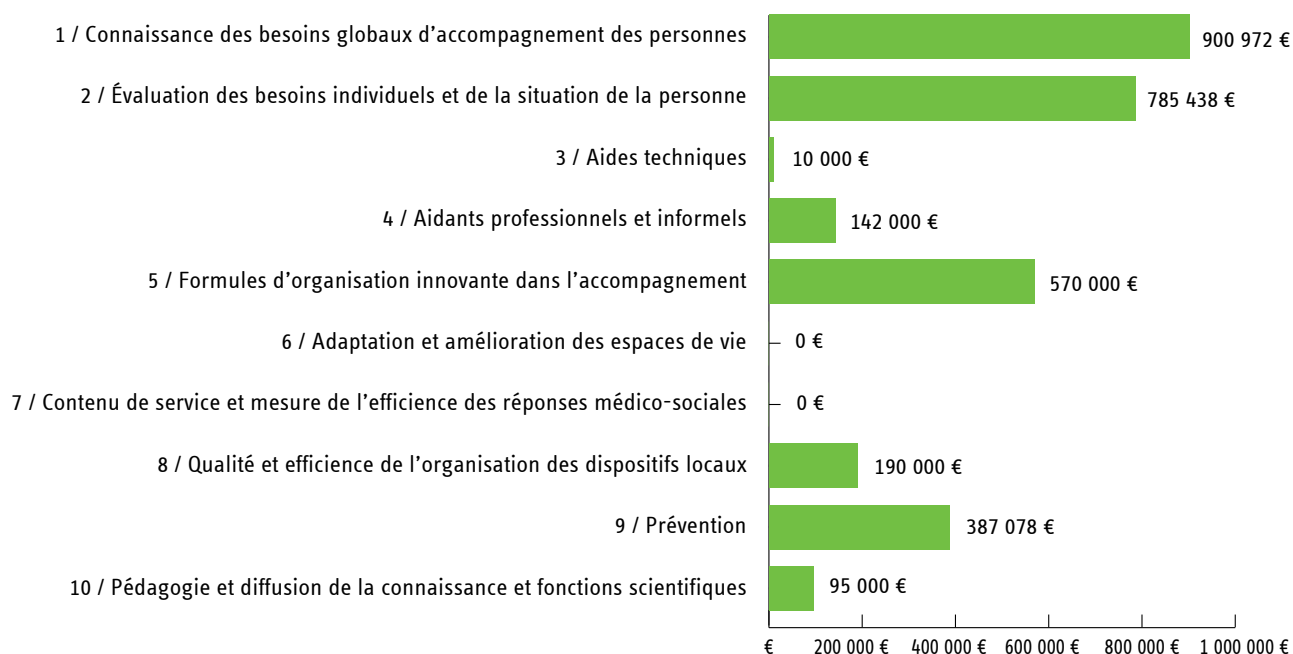
“ Une approche par les politiques, par les personnes concernées ou par leurs aidants formels et informels. ”

Les chaires EHESP-CNSA se veulent complémentaires à plusieurs titres :

- sur le plan institutionnel : leurs titulaires appartiennent à l'INSERM, au CNRS, à l'ENS ;
- sur le plan disciplinaire : elles recouvrent des approches variées allant de la socio-épidémiologie à l'anthropologie, la sociologie et les sciences politiques ;
- sur le plan du niveau d'analyse : elles permettent une approche par les politiques, par les personnes concernées ou par leurs aidants formels et informels ;
- sur les populations concernées : elles se préoccupent des personnes âgées dépendantes comme des handicaps psychiques et cognitifs ou des handicaps moteurs et sensoriels.
- Quant aux méthodes, elles combinent méthodes qualitatives et quantitatives.



## Projets ayant obtenu en 2012 un soutien de la CNSA sur la section V de son budget : Répartition des montants totaux par axe thématique du programme de travail 2012



### Quelques projets phares sélectionnés en 2012

La présentation de quelques-uns des principaux projets retenus en 2012 permet d'illustrer la nature des actions proposées :

- **PRO BTP** réalise la mise en place d'une plateforme d'évaluation et d'aide à la préparation des séjours « Vacances Répit Famille » et d'information pour l'accès à toutes formes de répit pour les aidants. Cette plateforme nationale dédiée aux séjours de vacances des couples aidants-aidés est destinée à évaluer, faciliter, et organiser ces séjours (soutien à hauteur de 300 000 €) ;
- **L'INS HEA** met en œuvre l'évaluation des situations de handicap chez les enfants d'âge scolaire à travers l'outil des MDPH, le *Guide d'évaluation multidimensionnelle scolarité* (GEVA Sco, cf. chapitre 3 de la partie Activité). Ce projet entend cerner les modalités d'appropriation du GEVA Sco par les acteurs impliqués dans la scolarisation d'élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, ainsi que ses atouts et ses faiblesses (soutien à hauteur de 225 754 €) ;
- Dans le projet de l'**AIDAPHI**, huit instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) du réseau AIRE s'engagent dans une « action-recherche-formation » dont l'objectif général est de développer en ITEP une politique de prévention et de gestion des phénomènes de violence s'y déroulant (soutien à hauteur de 362 078 €) ;
- **L'observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS)** réalise une étude sur la mise en œuvre par les conseils généraux des deux allocations de soutien à l'autonomie (APA et PCH) dans le cadre du maintien à domicile (soutien à hauteur de 190 000 €). Elle s'inscrit dans le prolongement de l'enquête réalisée en 2010 et 2011 sur « l'organisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ».

### La valorisation des projets soutenus

Les projets soutenus dans le cadre de la section V du budget de la CNSA qui arrivent à leur terme font l'objet d'une fiche descriptive qui en résume les principales réalisations.

Ces fiches sont mises en ligne sur le site de la CNSA<sup>16</sup> et classées selon l'axe du programme de travail auxquelles elles correspondent. Ces données permettent donc aux visiteurs intéressés de prendre connaissance des actions financées par la CNSA et d'obtenir les coordonnées des porteurs de projets afin de disposer des résultats de leurs travaux (dont ils conservent la propriété intellectuelle). Lorsque ces résultats sont publiés, le lien pour y accéder figure sur la fiche descriptive.

Les projets clos sont également passés en revue par le comité des subventions à chacune de ses réunions, afin de décider des suites à donner et de leur possible valorisation. Les plus intéressants sont présentés et discutés en Conseil scientifique.

### \*Diffusion de la connaissance : le levier de la politique éditoriale de la CNSA

#### Des supports diversifiés

Les publications de la CNSA permettent de diffuser l'information et les connaissances issues des travaux menés par ses différentes directions. Elles prennent la forme de collections diverses et sont présentées dans le catalogue des publications régulièrement mis à jour et dans la lettre électronique de promotion de ces publications.

Ce nouveau catalogue a permis d'annoncer de nombreuses publications :

- « Dossier scientifique » :
  - *Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA, Aides à l'autonomie et parcours de vie* : synthèse du colloque des 15 et 16 février 2012, actes des rencontres scientifiques de la CNSA (cf. supra) ;
  - « Dossiers techniques » :
    - *Parcours personnalisés pendant et après le cancer – Pratiques de coopération entre structures sanitaires et MDPH* ;
    - *MDPH : Au carrefour des politiques publiques*, synthèse des rapports d'activité 2011 des MDPH ;

<sup>16</sup> [http://www.cnsa.fr/article.php?id\\_article=746](http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=746)



– *L'investissement dans les établissements médico-sociaux : l'apport des plans d'aide CNSA – Bilan 2006-2010 ;*

- le rapport annuel 2011 et sa synthèse présentée dans *L'Essentiel de la CNSA 2011 ;*

- *Les Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2012 ;*

- *MDPH, d'un département à l'autre, sur les bonnes pratiques des maisons départementales des personnes handicapées ;*

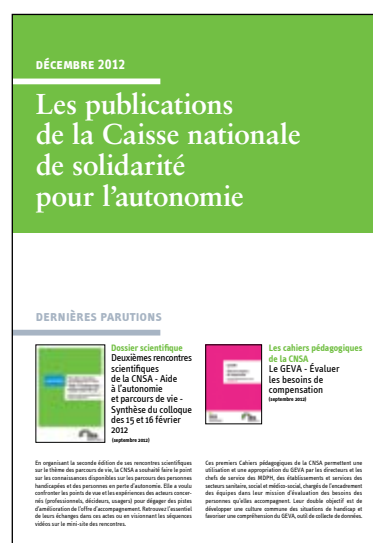
- « Lettres de la CNSA » n° 20, 21 et 22 ;

- trois nouveaux « Mémos de la CNSA » ;

- la brochure sur les lauréats du Prix CNSA « Lieux de vie collectifs et autonomie » 2012 ;

- et toujours les tirés à part de *L'Autonomie en action (Journal de l'action sociale)* (dix nouvelles fiches).

Le catalogue est également un vecteur de promotion des publications avec le soutien de la CNSA dans le cadre des subventions attribuées au titre de la section V, dont : *La Modélisation du programme de soutien et d'aide à la personne de France Alzheimer et L'Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social* de l'ANAP.



## Focus

### Les « Mémos de la CNSA »

Les « Mémos de la CNSA » constituent des ressources synthétiques et pédagogiques présentant « ce qu'il faut savoir » d'une action ou mission de la CNSA sur un ou deux feuillets recto-verso illustrés. Il existe vingt-cinq mémos, à ce jour, dont trois nouveaux créés en 2012 :

- *Le pilotage par la CNSA de la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 ;*
- *Le rôle de la CNSA dans la mise en œuvre du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ;*
- *Les actions de la CNSA dans le champ de l'aide aux aidants.*

Le panel de collections s'est enrichi en 2012 d'un nouveau format de publication : « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA ». Ces cahiers ont vocation à apporter des éclairages sur des sujets parfois complexes en des termes simples et accessibles à des personnes non spécialistes. Ils combinent donc un objectif de vulgarisation et de synthèse sur un thème donné. Le premier « Cahier pédagogique » a été publié en septembre 2012 : il est relatif au GEVA (cf. chapitre 1 de la partie Activité).

**Informier, expliquer, diffuser :  
des relations continues avec la presse**

Cent quarante demandes d'information de la part de journalistes ont été adressées à la CNSA en 2012 (un nombre inférieur au rythme habituel en raison de l'actualité électorale en 2012 et du nombre plus restreint de communiqués pendant la période de réserve préélectorale).

Les trois quarts des demandes émanent de la presse professionnelle. Elles concernent principalement les sujets abordés lors des Conseils (budget, bilan des plans, fonds d'aide à domicile...), l'actualité des établissements et services médico-sociaux (structures d'accueil temporaire, médicalisation, aide à l'investissement...), l'utilisation des recettes de la journée de solidarité, ou encore, dans le champ de la compensation individuelle, les aidants, les aides techniques, le logement, la téléassistance.

La CNSA poursuit en outre son partenariat avec le *Journal de l'action sociale* : une double page mensuelle y est consacrée au thème de l'aide à l'autonomie, ainsi que quelques informations brèves liées à l'actualité.

Chaque action de relations presse fait l'objet d'une analyse d'impact, dans une logique d'amélioration continue des actions de la CNSA visant à diffuser une information claire, utile et exploitable.

## L'ESSENTIEL

➤ L'action scientifique de la CNSA sert l'objectif de développement quantitatif et qualitatif des projets de recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Plusieurs leviers sont mobilisés.

➤ Les appels à projets de recherche, dont la gestion est assurée par des partenaires du domaine de la recherche, se diversifient dans leur objet et touchent des disciplines de plus en plus variées. Les montants consacrés aux appels à projets ont augmenté en 2012 et les partenariats noués par la CNSA ont été enrichis. Les résultats des travaux de recherche ainsi financés sont utiles à la connaissance des populations concernées et éclairent les politiques publiques (cf. par exemple les recherches menées autour de la qualité de l'aide à domicile, rendues en 2012).

➤ Le soutien à trois chaires de recherche en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) s'est concrétisé en 2012 avec l'installation de ces équipes et les exposés inauguraux prononcés au Collège de France pour lancer leurs travaux.

➤ Le soutien de projets d'étude ou d'actions innovantes par des subventions connaît un impact croissant : de six dossiers présentés en février 2012 à dix-sept dossiers en décembre, le comité des subventions examine des projets de plus en plus nombreux. La nécessité de renforcer la qualité méthodologique des projets déposés, mise en évidence par le Conseil scientifique de la CNSA, a amené la direction scientifique à formaliser des recommandations à l'attention des porteurs de projet, publiées sur le site de la Caisse.

La valorisation des projets terminés progresse également avec la mise en ligne de fiches signalétiques.

➤ Enfin, la CNSA met en œuvre une politique éditoriale s'appuyant sur des collections diversifiées, de façon à diffuser les résultats de ses travaux, qu'ils soient scientifiques (Actes des rencontres scientifiques par exemple) ou techniques (à l'instar de la synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH). La collection des « Cahiers pédagogiques de la CNSA » fournit un nouvel outil aux équipes de la CNSA pour diffuser la connaissance des dispositifs et des outils d'aide à l'autonomie de manière accessible et vulgarisée.

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









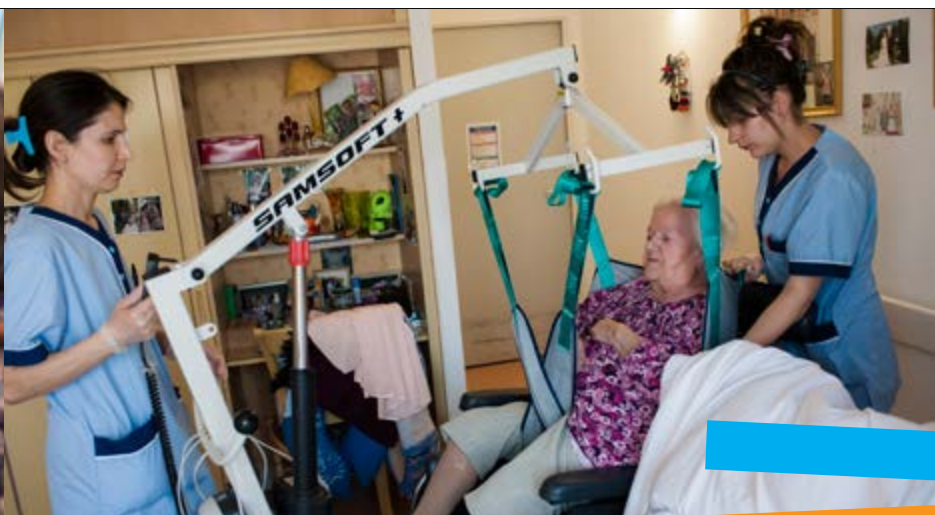
## Bellecombe – Chaponost (69)

Le foyer Bellecombe reçoit une trentaine d'adultes autistes et répond à leurs besoins d'ordre éducatif, pédagogique ou thérapeutique à travers des activités et un accompagnement personnalisés. Situé dans une zone semi-rurale connue pour sa production fruitière, le foyer propose notamment des ateliers de travail maraîcher.





# REPORTAGES



## **Le Clos Saint-Jean – Gargenville (78)**

Les résidents du Clos Saint-Jean participent à des activités thérapeutiques (gymnastique douce, toucher relationnel, ateliers cognitifs...), à des cours variés (cuisine, jardinage, chant...), à des sorties culturelles ou à des cueillettes à la ferme. Des rencontres intergénérationnelles sont organisées en partenariat avec l'école maternelle et le centre aéré voisins.

# \* GLOSSAIRE

**ACOSS** Agence centrale des organismes de sécurité sociale  
**ACTP** Allocation compensatrice pour tierce personne  
**ADF** Assemblée des départements de France  
**ADMR** Association du service à domicile  
**AEEH** Allocation d'éducation de l'enfant handicapé  
**AGEFIPH** Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées  
**AGGIR** Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (grille d'évaluation)  
**AIS** Acte infirmier de soins (toilette...)  
**ANAP** Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux  
**ANESM** Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale  
**ANR** Agence nationale de la recherche  
**ANSP** Agence nationale des services à la personne  
**APA** Allocation personnalisée d'autonomie  
**ARS** Agence régionale de santé  
**ASG** Assistant de soins en gérontologie  
**ASIP SANTÉ** Agence des systèmes d'information partagés de santé  
**ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
**AVS** Auxiliaire de vie sociale  
**CAMSP** Centre d'action médico-sociale précoce  
**CCMSA** Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole  
**CDAPH** Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  
**CEPS** Comité économique des produits de santé  
**CLIC** Centre local d'information et de coordination gérontologique  
**CMPP** Centre médico-psycho-pédagogique  
**CNAMTS** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
**CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse  
**COG** Convention d'objectifs et de gestion  
**CPAM** Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPER** Contrat de projets État-région  
**CPOM** Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CREAI** Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées  
**CRSA** Conférence régionale de santé et de l'autonomie  
**DGCS** Direction générale de la cohésion sociale  
**DGOS** Direction générale de l'offre de soins  
**DREES** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**DSS** Direction de la sécurité sociale  
**EHPAD** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**ESA** Équipe spécialisée Alzheimer  
**ESAT** Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT)  
**FAM** Foyer d'accueil médicalisé  
**FEPEM** Fédération nationale des particuliers-employeurs  
**FINESS** Fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
**FIPHP** 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)  
**HAPI** Harmonisation et partage d'information (système d'information)  
**HAS** Haute Autorité 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  
**ITEP** Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique  
**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  
**MOBIQUAL** Mobilisation pour la qualité des soins  
**OCDE** Organisation de coopération et de développement économique  
**OGD** Objectif global de dépenses  
**ONDAM** Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
**ONFRIH** Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap  
**OPCA** Organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)  
**PAI** Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux  
**PASA** Pôle d'activité et de soins adaptés (en EHPAD)  
**PATHOS** Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement  
**PCH** Prestation de compensation du handicap  
**PLFSS** Projet de loi de financement de la sécurité sociale  
**PPC** Plan personnalisé de compensation  
**PPS** Plan personnalisé de scolarisation  
**PRIAC** Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
**REBECA** Réalisation en routine des enquêtes budgets exécutoires des établissements et services pour personnes handicapées et des SSIAD pour personnes âgées  
**RQTH** Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé  
**RSDAE** Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi  
**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  
**SIPAPH** Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées  
**SPASAD** Service polyvalent d'aide et de soins à domicile  
**SROMS** Schéma régional d'organisation médico-sociale  
**SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile  
**TED** Troubles envahissants du développement  
**UHR** Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)  
**UNA** Union nationale des soins et services à domicile  
**UNAFAM** Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  
**UNCCAS** Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale  
**USLD** Unité de soins de longue durée  
**VPH** Véhicule pour personne handicapée physique





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

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



**CNSA**  
66, avenue du Maine  
75682 Paris Cedex 14  
Tél. 01 53 91 28 00  
**[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)**



# 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 des personnes handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile...). Le montant total des crédits consacrés par l'État à ces actions est estimé à 13 256 M€ en 2011.

**Les régimes de sécurité sociale** : l'assurance maladie finance les établissements et services médico-sociaux, dont les crédits sont gérés par la CNSA, ainsi que les pensions d'invalidité ; la CNAF finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale. Les régimes de retraite disposent d'un budget d'action sociale pour financer des dépenses extralégales (frais de transport, aide ménagère, aide à l'investissement...). Les régimes y ont consacré 24 955 M€ en 2011.

**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 12 411 M€ (hors transferts CNSA) en 2011.

**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 de 3 647,4 M€ en 2012. Avec notamment l'apport de l'ONDAM médico-social à hauteur de 16 489 M€, elle gère au total un budget de 20 500 M€.

**L'AGEFIPH** finance les aménagements de postes de travail pour les travailleurs handicapés dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi (Cap emploi, formations...). Ces dépenses se sont élevées à 479 M€ en 2011. Le **Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées** fait de même pour les trois fonctions publiques.

*Source des données : PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – annexe 1 de la LFSS 2013.*

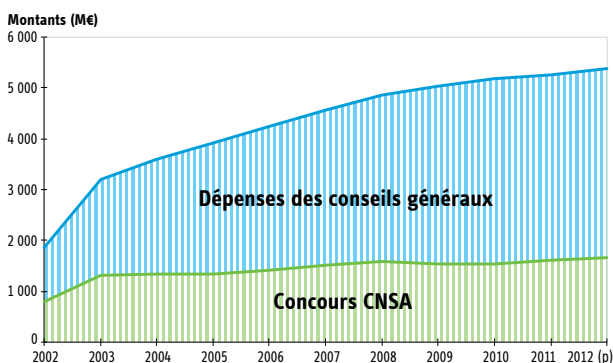
# REPÈRES

## \*Les dépenses liées aux prestations individuelles

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

### Dépenses d'APA

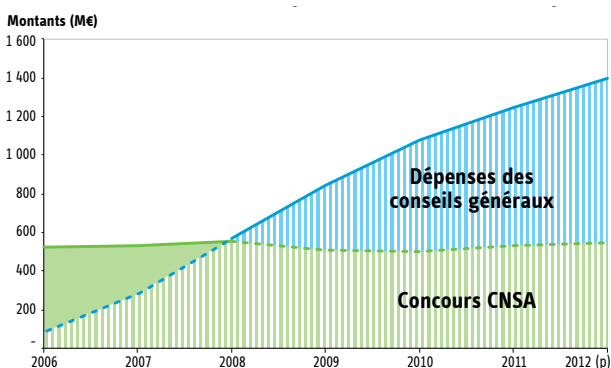
Évolution des dépenses d'APA et du concours CNSA depuis 2002 (en M€)



Source : CNSA.

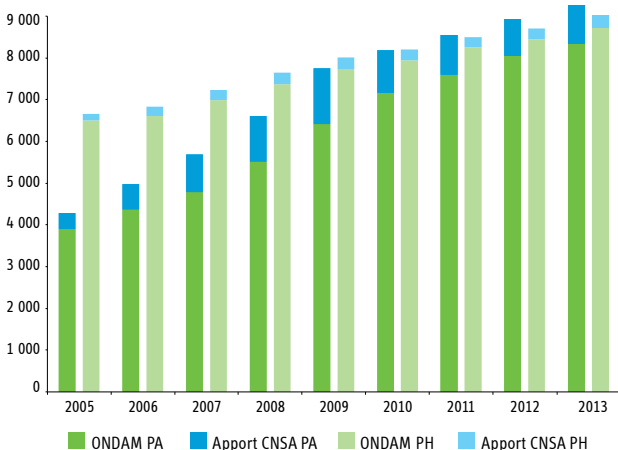
### Dépenses de PCH

Évolution des dépenses de PCH et du concours CNSA depuis 2006 (en M€)



Source : CNSA.

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



Source : CNSA.

# REPÈRES

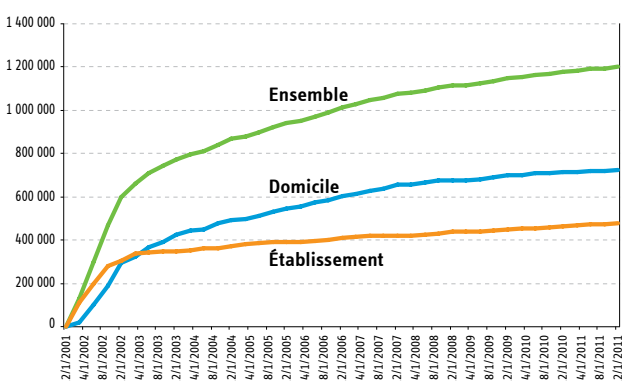
## \*L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

# 1 228 000

bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2012

(735 000 à domicile - 493 000 en établissement)

### Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA



Source : DREES, Données annuelles sur les bénéficiaires (séries longues 2002-2011) - Hors collectivités d'outre-mer.

### L'APA : des plafonds selon la perte d'autonomie

L'APA est attribuée à domicile ou en établissement.

L'APA à domicile est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Le montant de l'allocation est fixé en fonction des besoins de la personne précisés dans le cadre d'un plan d'aide et en tenant compte de tarifs réglementaires en fonction du degré de perte d'autonomie (les GIR). Les personnes sont ainsi réparties entre quatre groupes iso-ressources (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie). Le niveau de participation de la personne varie selon ses ressources.

### Les plafonds financiers mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2012 pour ces quatre groupes sont :

- GIR 1 : 1 288,09 €
- GIR 2 : 1 104,07 €
- GIR 3 : 828,05 €
- GIR 4 : 552,03 €

### Pourcentage de bénéficiaires de l'APA par GIR au 31 décembre 2011

	À domicile	En établissement
• GIR 1 :	2,4 %	19 %
• GIR 2 :	17,5 %	40,8 %
• GIR 3 :	21,8 %	17,1 %
• GIR 4 :	58,3 %	23,1 %

Sources : Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et enquête trimestrielle sur l'APA-DREES.

# REPÈRES

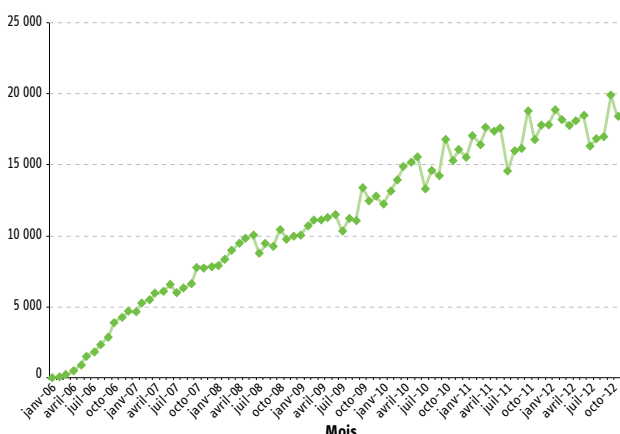
## \*La prestation de compensation du handicap (PCH)

# 147 000

personnes ont été payées au titre de la PCH en décembre 2012.

Source : DREES.

## Nombre moyen de décisions PCH prises par mois



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH.

En 2012, **51 %** des décisions de PCH donnent lieu à un accord.

## La PCH : des plafonds selon les éléments de la prestation

La PCH peut être affectée à des charges de natures différentes, selon les besoins liés au handicap. La prestation est construite autour des différents éléments auxquels les personnes handicapées peuvent prétendre.

Chaque élément est attribué en fonction des besoins recensés dans le plan personnalisé de compensation, dans la limite d'un plafond.

## Les plafonds par élément, fixés au niveau national

1	Aide humaine	Tarif horaire qui varie selon le mode de recours à l'aide : <ul style="list-style-type: none"><li>• 12,26 €/h pour l'emploi direct</li><li>• 13,48 €/h pour un service mandataire</li><li>• 17,59 €/h pour un service prestataire</li><li>• 3,62 €/h pour un aidant familial dédommagé</li><li>• 5,43 €/h pour un aidant familial dédommagé (si cessation totale ou partielle d'une activité professionnelle)</li></ul>
2	Aides techniques	3 960 € pour 3 ans (sauf cas de déplafonnement)
3	Aménagement du logement	10 000 € pour 10 ans
	Aménagement du véhicule, surcoûts liés au transport	5 000 € (ou 12 000 € sous conditions) pour 5 ans
4	Charges spécifiques ou exceptionnelles	100 € par mois 1 800 € pour 3 ans
5	Aide animalière	3 000 € pour 5 ans



# REPÈRES

## \*Les établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées

### Des réponses à tous les âges de la vie (nombre de places installées et répartition)

Domaines de la vie	Âge	Accompagnement médico-social
Accueil petite enfance Scolarisation Éducation <sup>(1)</sup> Formation prof.	0-19 ans	<b>CAMSP – CMPP – SESSAD – IME – ITEP – IEM – Instituts déficients sensoriels</b> • 105 500 enfants et adolescents pris en charge en établissement • 293 000 enfants accompagnés par des services ou en soins ambulatoires : - 45 000 suivis par un SESSAD - 65 000 suivis par un CAMSP <sup>(2)</sup> - 175 000 suivis par un CMPP <sup>(2)</sup>
Formation prof. Emploi Logement et vie sociale	20-59 ans	<b>ESAT – CRP – CPO</b> • 116 000 travailleurs en ESAT • 11 200 en CRP-CPO  <b>SAVS – SAMSAH – SSIAD – FAM – MAS – FH – FV</b> • 47 500 adultes handicapés accompagnés à domicile • 24 900 en MAS • 21 500 en FAM • 39 100 en FH • 52 300 en FV ou polyvalents
Soin à domicile Hébergement et soins	60 ans et plus  75 ans et plus	<b>SSIAD – EHPAD – FL – AJ – HT</b> • 835 000 personnes âgées en perte d'autonomie dont : - 548 000 accompagnées en EHPAD - 32 500 hospitalisées en USLD - 113 000 accompagnées par un SSIAD - 20 000 places en AJ, HT - 122 000 accompagnées en maisons de retraite et foyers-logements non médicalisés

(1) 210 000 élèves handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire et 78 000 en unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et sanitaires (source : Éducation nationale 2011-2012).

(2) Enquête ES (établissements spécialisés) – DREES 2010.

### Lexique

**CAMSP** : centre d'action médico-sociale précoce

**CMPP** : centre médico-psycho-pédagogique

**CPO** : centre de préorientation

**CRP** : centre de rééducation professionnelle

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ESAT** : établissement et service d'aide par le travail

**FAM** : foyer d'accueil médicalisé

**IEM** : institut d'éducation motrice

**IME** : institut médico-éducatif

**ITEP** : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**MAS** : maison d'accueil spécialisée

**SAAD** : service d'aide et d'accompagnement à domicile

**SAMSAH** : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAVS** : service d'accompagnement à la vie sociale

**SESSAD** : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile

# 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 leur lieu de vie.

#### Chiffres clés

- + 37 500 places en EHPAD.
- + 36 000 places de SSIAD.
- 500 équipes spécialisées en SSIAD, formées à l'accompagnement et à la réhabilitation des malades Alzheimer.
- Des solutions de répit pour les familles : + 17 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et 150 plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants.
- 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 unités 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.
- + 1 050 places d'accueil temporaire.
- + 12 900 places dans les services d'accompagnement pour adultes.
- Environ 75 nouveaux centres d'action médico-sociale 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'efficacité annexé à la loi de financement de la sécurité sociale « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » :

	€/par habitant Personnes âgées						€/par habitant Personnes handicapées					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart inter-régional	10,3 %	9,2 %	8,9 %	8,4 %	9,6 %	11,9 %	19,8 %	18,8 %	18,9 %	17,1 %	17,9 %	18,0 %
Médiane des régions	1391	1484	1636	1814	1880	1999	144	155	156	163	173	176
Moyenne France métropolitaine	1436	1505	1652	1826	1896	2048	135	145	150	160	167	171

Source : CNSA/CNAMTS - Annexe 1 du PQE 2013.

# 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 financeurs des MDPH sont :

- le conseil général : 41 % ;
- l'État : 35 % en moyenne (essentiellement par la mise à disposition de personnels) ;
- la CNSA : 19 % en moyenne.

---

## 307,1 M€

C'est l'estimation du total des dépenses de fonctionnement globalisées des MDPH en 2011.

Source : CNSA, comptes administratifs consolidés des MDPH en 2011.

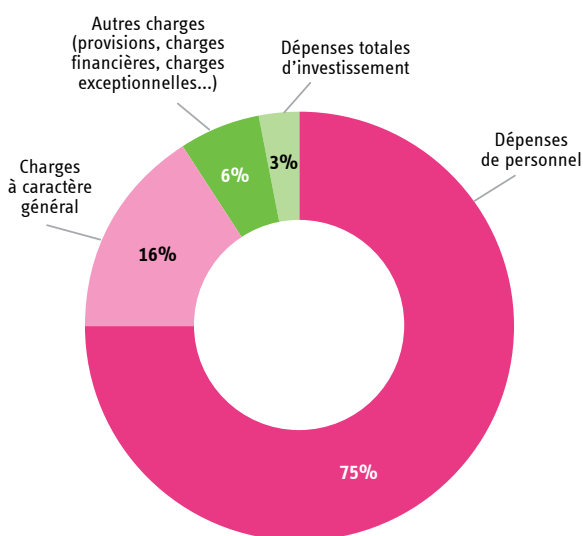
---

## Des équipes d'origines diverses...

- 5 378 emplois permanents dans les MDPH.
- 989 ETP mis à disposition par l'État.
- 1 560 ETP dont les employeurs sont les MDPH.
- 2 661 ETP mis à disposition par les conseils généraux, avec ou sans refacturation à la MDPH.
- 169 emplois fournis par d'autres organismes.

Source : Étude CNSA 2011 – maquette des comptes administratifs et des effectifs.

## Affectation des dépenses des MDPH en 2011 (fonctionnement + investissement)



Source : Maquettes CNSA 2011.

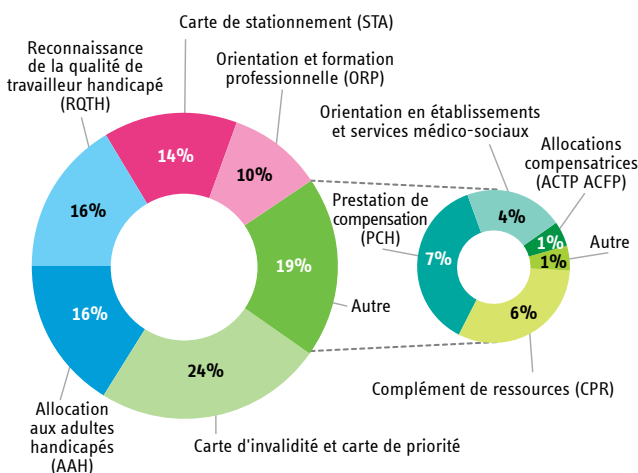
# REPÈRES

## \*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 31 et 79 demandes pour 1 000 habitants.

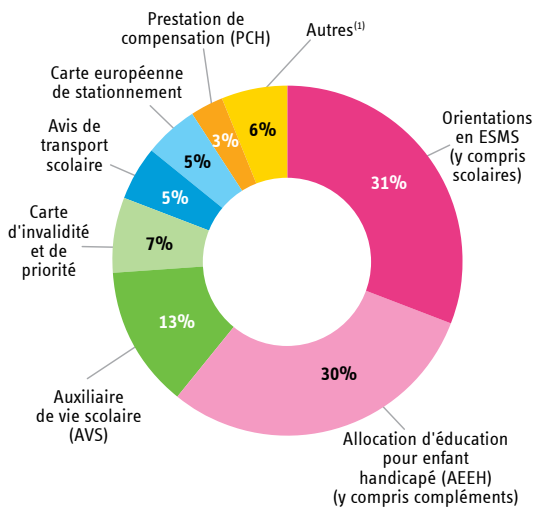
Source : CNSA d'après les rapports d'activité 2011 des MDPH – échantillon : 90 MDPH.

### Répartition des demandes « adultes » déposées en 2011 – échantillon : 57 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA.

### Répartition des demandes « enfants » déposées en 2011 – échantillon : 65 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA.

(1) Rubrique Autres : Creton, avis de matériel pédagogique, autres.



RAPPORT 2012

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

**ANNEXES**

# SOMMAIRE des annexes

## ANNEXE 01

Budgets

- **Page 02** Budget rectifié 2013
- **Page 04** Budget exécuté 2012

## ANNEXE 02

- **Page 09** Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

## ANNEXE 03

- **Page 14** Actualisation 2012 des PRIAC, période 2012-2016

## ANNEXE 04

- **Page 16** Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

## ANNEXE 05

- **Page 19** Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2011

## ANNEXE 06

- **Page 30** Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2012

## ANNEXE 07

- **Page 34** Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2012

Annexe 1 – Budgets

Budget rectifié 2013 n° 1 (en millions d’euros) – Conseil du 23 avril 2013

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	18 397,3	« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	18 397,3
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 054,1	« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 054,1
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 000,9	▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	318,2
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 735,9
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	▪ Déficit	0,0
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Opérations diverses	23,9		
▪ Excédent	1,2		
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 343,2	« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 343,2
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 260,5	▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	954,7
▪ Financement de 188 MAIA (dont 50 nouvelles en 2013)	46,6	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 388,5
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	▪ Déficit	0,0
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	1,2		
▪ Opérations diverses	30,4		
▪ Excédent	2,8		
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 727,2	« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 727,2
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 697,5	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	489,6
▪ Congé de soutien familial	0,3	▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	739,3
▪ Opérations diverses	29,5	▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (95 % CASA)	427,5
		▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	70,0
		▪ Produits financiers	0,8
« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	637,3	« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	637,3
▪ Concours versés aux départements (PCH)	558,3	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	636,5
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	▪ Produits financiers	0,8
▪ Congé de soutien familial	0,3		
▪ Opérations diverses	18,7		
« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »	148,3	« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »	148,3
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	72,1	▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	38,9
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (nouveau fonds 2013)	50,0	▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (5 % CASA)	22,5
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Opérations diverses	1,2	▪ Dotation Etat fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0
▪ Excédent	0,0	▪ Déficit	50,0

CHARGES	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>396,6</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>260,4</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges provisionnées	0,0
▪ PAI 2013 (avec CPER)	122,5
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012 »	128,0
▪ Excédent	0,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>136,1</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges provisionnées	0,0
▪ PAI 2013 (avec CPER)	66,5
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012 »	54,8
▪ Conventions emplois STAPS	4,8
▪ Excédent	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,6</b>
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	7,1
▪ Dépenses de personnel / CNSA	9,8
▪ Charges provisionnées	0,2
▪ Excédent	0,4
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>21 270,6</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>21 270,6</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>15,8</b>
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>38,6</b>

PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>396,6</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>260,4</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0
▪ Affectation au PAI 2013 (1% de CSA)	24,5
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	128,0
▪ Déficit	98,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>136,1</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0
▪ Affectation au PAI 2013 (1% de CSA)	24,5
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	54,8
▪ Déficit	46,8
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,6</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,4
▪ Reprise de provisions	0,2
<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>21 080,2</b>
<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>190,4</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>21 270,6</b>



Budget exécuté 2012 (en millions d’euros) – Conseil du 23 avril 2013

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I		
Financement des établissements		
ou services sociaux et médico-sociaux »	17 740,0	17 747,0
« Sous-section 1		
Établissements et services accueillant		
des personnes handicapées »	8 755,0	8 770,2
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 703,0	8 719,3
▪ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	27,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,8	0,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Opérations diverses	23,7	22,7
▪ Excédent	0,0	0,0
« Sous-section 2		
Établissements et services accueillant		
des personnes âgées »	8 985,0	8 976,8
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 925,0	8 736,0
▪ Financement déploiement de 138 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)	27,5	24,8
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,5	1,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	0,5	0,1
▪ Opérations diverses	29,9	29,7
▪ Excédent	0,0	184,6
« Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 680,6	1 678,8
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 651,4	1 655,9
▪ Régularisation concours versés aux départements (APA 2011)	0,0	0,9
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	28,7	22,0
« Section III		
Prestation de compensation		
et maisons départementales des personnes handicapées »	623,9	624,4
▪ Concours versés aux départements (PCH)	544,7	544,8
▪ Régularisation concours versés aux départements (PCH 2011)	0,0	0,2
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	0,2	0,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	18,5	19,2
« Section IV		
Promotion des actions innovantes, formation des aidants		
familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la		
professionnalisation des métiers de service exercés auprès		
des personnes âgées et des personnes handicapées »	336,5	313,2
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	70,3	34,4
▪ Charges provisionnées	70,0	83,0
▪ Fonds de soutien aux départements en difficulté	170,0	170,0
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile	25,0	25,0
▪ Opérations diverses	1,2	0,8
▪ Excédent	0,0	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 740,0</b>	<b>17 747,0</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 755,0</b>	<b>8 770,2</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	310,8	310,6
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 444,0	8 444,0
▪ Reprise de provision		0,0
▪ Déficit	0,1	15,5
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 985,0</b>	<b>8 976,8</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	932,5	931,8
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 045,0	8 045,0
▪ Reprise provision		0,1
▪ Déficit	7,4	0,0
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 680,6</b>	<b>1 678,8</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	478,2	477,8
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 131,6	1 130,0
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7	68,7
▪ Reprise de provision	0,0	0,4
▪ Produits financiers	2,0	1,8
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>623,9</b>	<b>624,4</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	621,7	621,2
▪ Reprise de provision	0,2	0,2
▪ Produits exceptionnels	0,0	1,2
▪ Produits financiers	2,0	1,8
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>336,5</b>	<b>313,2</b>
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,6	59,5
▪ Dotation Etat fonds de restructuration des services d'aide à domicile	25,0	25,0
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,9
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,2
▪ Reprise de provision	70,0	70,2
▪ Déficit	170,0	146,4

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	503,6	339,7
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	333,4	229,1
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	2,0
▪ Charges provisionnées	9,5	10,3
▪ PAI 2012	103,9	80,0
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2011 »	210,0	134,1
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	0,0	2,7
▪ Excédent	0,0	0,0
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	170,4	110,6
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	9,5	2,7
▪ Charges provisionnées	6,5	7,4
▪ PAI 2012	63,9	40,0
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2011 »	90,0	58,4
▪ Dépenses emplois STAPS	0,0	1,6
▪ Excédent	0,5	0,4
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	17,2	14,7
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	7,1	5,1
▪ Dépenses de personnel / CNSA	9,6	9,0
▪ Dotation aux provisions	0,1	0,4
▪ Excédent	0,4	0,1
Total des charges	20 851,9	20 486,8
Excédent	0,0	0,0
Total équilibre du compte de résultat	20 851,9	20 486,8
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	15,4	15,2
Total atténuation de recettes	37,6	33,3

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>503,6</b>	<b>339,7</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>333,4</b>	<b>229,1</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise provision	9,5	9,6
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0	147,7
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,0
▪ Déficit	80,0	37,9
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>170,4</b>	<b>110,6</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise provision	6,5	6,5
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	90,0	63,1
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,0
▪ Déficit	40,0	7,1
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,2</b>	<b>14,7</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,1	13,9
▪ Reprise provision	0,1	0,6
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,1
<b>Total des produits</b>	<b>20 555,3</b>	<b>20 465,0</b>
<b>Déficit</b>	<b>296,6</b>	<b>21,7</b>
<b>Total équilibre du compte de résultat</b>	<b>20 851,9</b>	<b>20 486,8</b>





## Annexe 2 – Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

### Concours versés par la CNSA

#### Méthode de calcul et règles de pondération des données

Critères régissant le répartition des concours de la CNSA au titre de l'APA			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = [(PAAd/\Sigma PAAd) \times 50 \% + (Dd/\Sigma Dd) \times 20 \%] - (PFd/\Sigma PFd) \times 25 \% + (RSAd/\Sigma RSAd) \times 5 \% \times 2$			
PAd	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-25 %
RSAd	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée CNAF et CCMSA	5 %
Coefficient total			50 % x 2

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

En aucun cas le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur au taux de 30 %. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse (cf. article L. 14-10-6 CASF).  
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département.

Critères régissant le répartition des concours de la CNSA au titre de la PCH			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 60 \% + ((PAESd+PAAHd+PPId) / \Sigma(PAESd+PAAHd+PPId)) \times 30 \% + (PCd/\Sigma PCd) \times 30 \% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20 \%$			
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1 CASF)	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, donnée disponible au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PCd	Bénéficiaires PCH + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-20 %
Coefficient total			100 %

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation du handicap de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse (cf. article L. 14-10-7-II CASF).  
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense de PCH du département.

Critères MDPH			PONDÉRATION
$Fd = Fx + (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 120 \% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20 \%$			
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 (art. L. 245-1 CASF)	120 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-20 %
Coefficient total			100 %

Le recueil des dépenses départementales 2012 et des autres critères de répartition étant en cours, la répartition des concours définitifs au financement de l'APA et de la PCH n'a pas encore été effectuée (au 5 avril 2013).

Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2012 (concours prévisionnels).

Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2012					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)
01 Ain	10 232 511	9 209 000	4 540 712	4 087 000	564 452	539 000
02 Aisne	16 333 547	14 700 000	5 639 044	5 075 000	543 385	519 000
03 Allier	15 480 324	13 932 000	3 394 252	3 055 000	400 389	382 000
04 Alpes de Haute-Provence	5 259 371	4 733 000	1 347 643	1 213 000	289 520	276 000
05 Hautes-Alpes	4 148 800	3 734 000	1 120 125	1 008 000	277 843	265 000
06 Alpes-Maritimes	33 870 146	30 483 000	8 726 809	7 854 000	769 217	735 000
07 Ardèche	12 576 000	11 318 000	2 762 400	2 486 000	385 824	368 000
08 Ardennes	9 283 505	8 355 000	2 701 255	2 431 000	377 795	360 000
09 Ariège	6 805 234	6 125 000	1 368 317	1 231 000	290 576	277 000
10 Aube	9 020 156	8 118 000	2 500 784	2 251 000	385 511	368 000
11 Aude	14 707 384	13 237 000	3 878 607	3 491 000	408 154	389 000
12 Aveyron	13 838 609	12 455 000	2 535 642	2 282 000	359 874	343 000
13 Bouches-du-Rhône	52 891 310	47 602 000	16 490 016	14 841 000	1 415 255	1 353 000
14 Calvados	19 334 323	17 401 000	5 649 335	5 084 000	621 706	594 000
15 Cantal	7 706 052	6 935 000	1 384 464	1 246 000	291 723	278 000
16 Charente	13 955 817	12 560 000	3 573 925	3 217 000	414 046	395 000
17 Charente-Maritime	23 628 999	21 266 000	5 424 977	4 882 000	556 511	531 000
18 Cher	11 822 023	10 640 000	3 130 114	2 817 000	387 886	370 000
19 Corrèze	11 866 995	10 680 000	2 037 885	1 834 000	342 244	326 000
20a Corse du Sud	5 833 052	5 250 000	1 967 781	1 771 000	286 971	273 000
20b Haute-Corse	6 354 713	5 719 000	1 898 143	1 708 000	307 841	293 000
21 Côte-d'Or	13 587 913	12 229 000	4 628 585	4 166 000	530 363	506 000
22 Côtes d'Armor	22 483 975	20 236 000	5 623 223	5 061 000	544 645	520 000
23 Creuse	12 322 515	11 090 000	1 253 813	1 128 000	272 988	260 000
24 Dordogne	18 720 030	16 848 000	3 659 222	3 293 000	440 351	420 000
25 Doubs	12 895 715	11 606 000	4 527 232	4 075 000	529 367	505 000
26 Drôme	13 481 488	12 133 000	4 019 361	3 617 000	480 994	459 000
27 Eure	12 106 418	10 896 000	5 175 890	4 658 000	568 537	543 000
28 Eure-et-Loir	10 573 022	9 516 000	3 366 535	3 030 000	467 393	446 000
29 Finistère	31 778 167	28 600 000	8 223 526	7 401 000	752 897	719 000
30 Gard	23 671 336	21 304 000	5 963 274	5 367 000	623 210	595 000
31 Haute-Garonne	26 617 809	23 956 000	10 666 175	9 600 000	1 019 669	975 000
32 Gers	11 663 695	10 497 000	1 732 517	1 559 000	312 282	297 000
33 Gironde	38 593 328	34 734 000	13 474 346	12 127 000	1 117 751	1 069 000
34 Hérault	36 524 424	32 872 000	9 132 750	8 219 000	834 787	798 000
35 Ille-et-Vilaine	23 633 006	21 270 000	8 589 076	7 730 000	831 976	795 000
36 Indre	10 485 564	9 437 000	2 119 165	1 907 000	337 644	322 000
37 Indre-et-Loire	16 293 036	14 664 000	4 677 524	4 210 000	568 879	543 000
38 Isère	23 493 336	21 144 000	9 723 914	8 752 000	929 020	888 000
39 Jura	7 896 415	7 107 000	2 203 372	1 983 000	355 709	339 000
40 Landes	13 081 125	11 773 000	2 778 606	2 501 000	423 407	404 000
41 Loir-et-Cher	12 275 025	11 048 000	2 623 377	2 361 000	392 213	374 000
42 Loire	24 028 456	21 626 000	7 440 537	6 696 000	647 929	619 000
43 Haute-Loire	8 446 641	7 602 000	2 281 530	2 053 000	333 615	318 000
44 Loire-Atlantique	26 751 760	24 077 000	11 028 349	9 926 000	991 550	948 000
45 Loiret	16 234 643	14 611 000	5 164 959	4 648 000	602 786	576 000
46 Lot	8 599 333	7 739 000	1 613 428	1 452 000	300 040	286 000
47 Lot-et-Garonne	14 575 696	13 118 000	3 027 261	2 725 000	396 159	378 000
48 Lozère	3 206 408	2 886 000	949 044	854 000	248 664	237 000
49 Maine-et-Loire	20 932 169	18 839 000	6 374 666	5 737 000	694 923	664 000

	CUMUL SUR SEPT ANS		
TOTAL concours prévisionnels	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2012	Total 2006-2012	Total 2006-2012
15 337 676	65 732 583	29 836 370	3 313 811
22 515 975	103 800 893	38 393 885	3 231 277
19 274 965	101 187 847	23 225 099	2 359 250
6 896 534	33 129 252	8 805 256	1 647 629
5 546 768	26 422 911	7 802 253	1 587 776
43 366 172	232 018 706	59 010 011	4 601 490
15 724 225	81 222 624	18 563 548	2 248 958
12 362 555	58 773 820	19 262 245	2 208 719
8 464 127	45 464 881	9 333 040	1 647 095
11 906 451	60 031 494	16 935 105	2 261 603
18 994 145	97 304 583	25 176 749	2 373 162
16 734 125	89 891 862	16 636 194	2 092 775
70 796 581	348 812 884	109 797 870	8 562 533
25 605 364	123 570 290	39 247 376	3 733 779
9 382 239	52 534 892	9 487 055	1 680 405
17 943 789	92 392 632	23 899 898	2 424 231
29 610 487	154 155 751	35 252 130	3 304 677
15 340 023	76 591 443	21 452 539	2 285 643
14 247 125	79 166 386	13 986 653	1 989 172
8 087 804	40 057 940	13 958 691	1 615 970
8 560 697	40 016 868	12 742 511	1 737 086
18 746 862	87 409 620	30 987 740	3 149 396
28 651 844	146 666 351	37 661 942	3 227 127
13 849 315	86 223 315	8 599 167	1 555 958
22 819 603	123 608 133	24 582 441	2 591 226
17 952 314	80 646 446	29 898 609	3 125 607
17 981 844	86 089 205	27 244 738	2 815 005
17 850 845	77 946 824	35 291 594	3 366 825
14 406 950	69 132 677	23 045 304	2 752 743
40 754 590	208 546 097	55 673 313	4 518 432
30 257 819	157 155 392	39 600 312	3 715 975
38 303 653	175 827 941	66 657 955	6 045 262
13 708 495	89 777 409	11 632 392	1 786 965
53 185 425	252 674 541	86 592 833	6 728 153
46 491 962	240 626 621	59 927 435	4 981 719
33 054 058	150 791 217	56 959 435	4 938 474
12 942 373	68 823 747	14 551 458	1 963 592
21 539 439	106 905 524	31 242 575	3 367 411
34 146 269	143 107 034	66 153 848	5 587 811
10 455 496	51 946 724	14 719 029	2 061 872
16 283 138	87 232 796	18 423 356	2 450 800
15 290 615	79 876 792	17 490 459	2 303 714
32 116 922	157 575 738	52 725 141	3 889 378
11 061 786	55 282 695	15 238 637	1 933 249
38 771 659	175 710 165	69 265 184	5 958 487
22 002 389	104 166 264	35 132 900	3 585 857
10 512 801	56 294 836	10 961 642	1 714 767
17 999 115	94 420 473	20 501 204	2 305 454
4 404 116	21 240 900	6 223 936	1 402 063
28 001 758	136 502 650	42 573 179	4 143 931



DÉPARTEMENTS	2012					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)
50 Manche	17 140 330	15 426 000	4 489 187	4 040 000	491 656	469 000
51 Marne	12 666 902	11 400 000	5 359 945	4 824 000	566 900	541 000
52 Haute-Marne	6 449 766	5 805 000	1 944 564	1 750 000	316 113	301 000
53 Mayenne	10 282 351	9 254 000	2 582 580	2 324 000	386 910	369 000
54 Meurthe-et-Moselle	20 412 087	18 371 000	6 655 830	5 990 000	675 509	645 000
55 Meuse	6 118 646	5 507 000	1 609 582	1 449 000	325 699	310 000
56 Morbihan	23 060 868	20 755 000	6 410 368	5 769 000	630 834	602 000
57 Moselle	23 605 103	21 245 000	9 070 071	8 163 000	888 365	849 000
58 Nièvre	10 281 881	9 254 000	2 384 507	2 146 000	326 957	312 000
59 Nord	62 448 791	56 204 000	24 424 788	21 982 000	1 867 523	1 786 000
60 Oise	12 575 505	11 318 000	8 156 532	7 341 000	721 892	690 000
61 Orne	11 754 012	10 579 000	2 688 164	2 419 000	375 444	358 000
62 Pas-de-Calais	47 285 016	42 557 000	13 316 348	11 985 000	1 147 490	1 097 000
63 Puy-de-Dôme	18 785 024	16 907 000	5 498 733	4 949 000	603 288	576 000
64 Pyrénées-Atlantiques	21 611 379	19 450 000	5 559 284	5 003 000	588 005	561 000
65 Hautes-Pyrénées	10 808 581	9 728 000	2 286 235	2 058 000	334 868	319 000
66 Pyrénées-Orientales	18 272 600	16 445 000	4 160 422	3 744 000	452 878	432 000
67 Bas-Rhin	22 647 334	20 383 000	9 237 002	8 313 000	923 093	882 000
68 Haut-Rhin	15 616 905	14 055 000	6 379 060	5 741 000	674 167	644 000
69 Rhône	31 562 426	28 406 000	14 110 187	12 699 000	1 248 290	1 194 000
70 Haute-Saône	7 119 816	6 408 000	2 053 237	1 848 000	351 082	335 000
71 Saône-et-Loire	21 208 733	19 088 000	5 070 919	4 564 000	531 721	508 000
72 Sarthe	16 852 531	15 167 000	4 438 910	3 995 000	544 072	519 000
73 Savoie	7 660 052	6 894 000	3 267 047	2 940 000	436 289	416 000
74 Haute-Savoie	9 036 660	8 133 000	5 186 003	4 667 000	642 962	614 000
75 Paris	12 778 225	11 500 000	14 015 176	12 614 000	1 506 580	1 442 000
76 Seine-Maritime	32 866 929	29 580 000	11 604 965	10 444 000	956 922	915 000
77 Seine-et-Marne	12 691 794	11 423 000	10 312 605	9 281 000	1 057 093	1 011 000
78 Yvelines	10 660 542	9 594 000	9 358 491	8 423 000	1 028 462	983 000
79 Deux-Sèvres	13 352 522	12 017 000	3 144 017	2 830 000	428 814	409 000
80 Somme	16 869 178	15 182 000	5 619 538	5 058 000	566 964	541 000
81 Tarn	16 966 197	15 270 000	3 616 498	3 255 000	425 031	405 000
82 Tarn-et-Garonne	9 558 632	8 603 000	2 391 856	2 153 000	347 333	331 000
83 Var	33 045 439	29 741 000	7 906 503	7 116 000	745 363	712 000
84 Vaucluse	14 975 392	13 478 000	4 334 011	3 901 000	522 330	499 000
85 Vendée	18 405 811	16 565 000	5 259 839	4 734 000	570 637	545 000
86 Vienne	13 397 645	12 058 000	3 695 999	3 326 000	472 299	451 000
87 Haute-Vienne	15 283 906	13 756 000	3 719 600	3 348 000	434 998	415 000
88 Vosges	11 585 605	10 427 000	3 205 287	2 885 000	433 077	413 000
89 Yonne	11 910 901	10 720 000	3 342 140	3 008 000	406 218	387 000
90 Territoire de Belfort	3 878 514	3 491 000	1 154 264	1 039 000	290 065	276 000
91 Essonne	11 017 350	9 916 000	8 636 591	7 773 000	948 730	907 000
92 Hauts-de-Seine	3 877 799	3 490 000	9 145 622	8 231 000	1 043 818	998 000
93 Seine-Saint-Denis	20 628 316	18 565 000	12 580 584	11 323 000	1 187 999	1 136 000
94 Val-de-Marne	18 242 079	16 418 000	10 792 741	9 713 000	1 044 555	999 000
95 Val-d'Oise	13 258 770	11 933 000	9 263 579	8 337 000	960 509	918 000
971 Guadeloupe	13 539 376	12 185 000	4 024 668	3 622 000	462 382	441 000
972 Martinique	13 909 141	12 518 000	3 978 153	3 580 000	464 496	443 000
973 Guyane	2 149 526	1 935 000	1 395 498	1 256 000	344 299	328 000
974 Réunion	21 174 889	19 057 000	7 759 333	6 983 000	763 203	729 000
975 Saint-Pierre-et-Miquelon	142 895	129 000	-	-	-	-
976 Mayotte	-	-	-	-	309 342	-
977 Saint-Barthélemy	146 981	132 000	61 232	55 000	-	-
978 Saint-Martin	347 293	313 000	267 180	240 000	-	-
TOTAL	1 651 826 270	1 486 645 000	551 038 965	495 931 000	60 000 000	57 000 000

TOTAL concours prévisionnels	CUMUL SUR SEPT ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2012	Total 2006-2012	Total 2006-2012
22 121 173	110 005 494	30 740 543	2 894 199
18 593 747	82 245 963	36 362 728	3 405 631
8 710 444	43 288 705	13 557 547	1 829 079
13 251 841	65 942 410	17 082 750	2 250 074
27 743 426	131 937 967	44 783 064	4 051 550
8 053 927	40 234 095	11 112 294	1 876 506
30 102 070	147 051 199	42 326 615	3 747 038
33 563 539	145 499 493	60 884 273	5 341 434
12 993 345	68 707 601	16 411 436	1 905 266
88 741 102	414 274 189	165 912 300	11 504 801
21 453 930	77 462 409	52 000 203	4 314 915
14 817 621	76 339 457	18 182 376	2 202 588
61 748 854	308 855 839	91 674 914	6 978 807
24 887 046	123 223 149	37 407 563	3 603 303
27 758 668	140 496 466	37 763 780	3 490 192
13 429 684	70 596 393	16 007 320	1 950 024
22 885 900	116 785 495	27 616 374	2 637 629
32 807 428	143 980 116	62 551 919	5 542 486
22 670 132	92 873 889	42 508 965	4 018 923
46 920 903	203 750 714	94 069 843	7 542 082
9 524 136	47 341 504	14 055 114	2 036 790
26 811 373	139 666 715	33 766 896	3 154 666
21 835 513	113 043 389	30 831 052	3 231 446
11 363 388	49 927 743	21 945 090	2 551 930
14 865 626	56 498 880	33 086 451	3 772 501
28 299 981	101 212 437	95 865 027	9 028 723
45 428 816	213 475 901	80 727 028	5 824 057
24 061 492	78 423 355	67 635 873	6 324 560
21 047 494	62 296 862	61 930 818	6 238 242
16 925 353	87 752 734	20 602 667	2 494 384
23 055 680	111 510 657	38 703 614	3 366 344
21 007 726	111 432 491	23 913 905	2 486 499
12 297 821	62 466 373	15 658 959	1 974 373
41 697 305	210 761 522	52 707 255	4 458 635
19 831 733	97 868 951	28 670 464	3 092 665
24 236 287	116 248 544	33 685 370	3 355 910
17 565 943	87 912 874	24 307 981	2 786 787
19 438 505	100 427 458	24 726 451	2 548 531
15 223 969	74 516 563	22 064 998	2 562 814
15 659 259	77 763 244	24 446 972	2 388 952
5 322 843	24 169 646	7 964 144	1 663 838
20 602 671	66 733 245	58 261 418	5 736 740
14 067 239	28 227 277	61 760 889	6 238 342
34 396 899	138 648 486	83 993 525	7 095 038
30 079 374	121 113 309	72 150 917	6 247 658
23 482 858	83 281 990	61 824 466	5 791 608
18 026 425	136 343 544	28 455 245	2 810 140
18 351 791	93 051 953	27 324 692	2 742 108
3 889 323	13 654 377	9 098 317	1 938 826
29 697 426	194 893 803	52 632 171	4 477 389
142 895	546 618	-	-
309 342	-	-	618 684
208 213	439 472	121 480	-
614 473	1 435 941	761 646	-
2 262 865 235	10 881 127 569	3 694 999 935	355 000 000



## **Annexe 3 – Actualisation 2012 des PRIAC, période 2012-2016**

### **Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie**

Synthèse de l'analyse des PRIAC

#### **Définition des PRIAC et enjeu de leur actualisation annuelle**

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), prévu par l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles, avait initialement pour objectif de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap, tarifés par l'État dans la région.

La poursuite de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et le passage, à partir de 2011 et plus particulièrement de 2012, à un mode d'allocation de ressources en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) ont conduit entre 2010 et 2012 à une profonde évolution de la nature du PRIAC. Si 2010 et 2011 ont été des années de transition, puisque les Projets régionaux de santé (PRS) et leurs composantes n'étaient pas encore adoptés, l'année 2012 est l'année de l'adoption d'une majorité de PRS et de l'installation du nouveau PRIAC.

**L'objectif de l'actualisation 2012 des PRIAC par les ARS était d'installer une programmation en engagement et en exécution qui apporte une lisibilité sur la mise en œuvre du solde des plans de création de places (plan Solidarité grand âge et Programme pluriannuel handicap), sur toute la période 2012-2016, à la fois en matière de création de places et de transformation.** En effet, dans un contexte marqué par l'adoption des PRS, dont le SROMS est un des éléments, et par une clarification des enveloppes disponibles par région sur la période 2012-2016, les PRIAC permettent de garantir la lisibilité du processus complet en programmation (appel à projet-autorisation-installation).

#### **Les caractéristiques et les enseignements de l'actualisation 2012 des PRIAC**

L'actualisation 2012-2016 comportait plusieurs risques compte tenu d'un cadre de remplissage inchangé du PRIAC par rapport aux années précédentes :

- l'impossibilité de suivre dans le détail les enveloppes notifiées avant 2011 (jusqu'en 2010) ;
- une appropriation variable, par les ARS, des évolutions du PRIAC. De fait, cela a pu engendrer des erreurs de rattachement des projets aux années auxquelles correspondent les enveloppes de financement. Cela a également généré plusieurs erreurs qui ont conduit à sous-estimer la réalité des crédits dédiés à la création de places nouvelles sur la période.

**Des ajustements importants sont donc encore à prévoir pour l'actualisation des PRIAC 2013-2017.**

L'analyse des montants programmés donne cependant les éclairages suivants :

- On note une « sous-programmation » globale des enveloppes susceptibles d'être mobilisées pour la création de places, qu'il s'agisse du champ des personnes âgées ou de celui des personnes handicapées (357 M€ programmés dans le champ PA contre 518 M€ « programmables », et 593 M€ programmés dans le champ PH contre 697 M€ « programmables »). Cela signifie, de la part des ARS, une mobilisation d'enveloppes qui n'a pas été rendue visible dans les PRIAC.
- Concernant le rythme de mobilisation des crédits en exécution (installation des places), toutes enveloppes confondues, c'est l'année 2012 qui, sur la période, devait être l'année de plus forte mobilisation dans le champ PA, et l'année 2013 dans le champ PH. Cette analyse devra être confirmée par l'analyse de la réalité des installations à venir.

- Les autorisations d'engagement (AE) 2011 et 2012 et leur mobilisation en crédits de paiement (CP) de 2013 à 2017, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 dans le champ PH, ont été globalement respectées par les ARS. L'exercice d'actualisation 2013 des PRIAC devra être l'occasion, pour les ARS, de faire apparaître explicitement les éventuels décalages à prévoir dans la programmation des installations de places sur AE 2011 et 2012.

### ► Les principaux enseignements concernent la répartition par structure et par public et le poids des transformations :

- On note dans les PRIAC 2012-2016 une **priorisation persistante des ARS en faveur des EHPAD** : ceux-ci représentent 75 % de l'ensemble de la programmation 2012-2016.
  - Cela s'explique notamment par l'inscription dans le PRIAC 2012-2016 de projets déjà autorisés mais non encore installés et devant s'installer sur la période.
  - Toutefois, les AE 2011 et 2012 ont également fait l'objet de programmation par les ARS en EHPAD, ce qui entre en contradiction avec l'instruction CNSA de décembre 2011 qui priorisait les services.
- **La programmation en faveur des adultes handicapés est à 80 % orientée vers l'institution.** Un biais méthodologique explique, pour partie seulement, cette tendance (les crédits notifiés avant 2011 et qui ont permis de financer des places de services ont déjà été consommés, ils n'apparaissent donc plus dans la programmation). Le contexte dans le champ des adultes est encore celui de la constitution d'une offre médico-sociale avec hébergement pour les personnes les plus lourdement handicapées dont la durée de vie avec incapacités augmente.
- La programmation dans le champ des enfants handicapés accorde une place importante **aux services**.
- Dans le secteur du handicap, les projets cofinancés avec les conseils généraux (projets de FAM et de SAMSAH) sont prépondérants en nombre de places dans la programmation : ils sont passés de 62 % en 2011 à 66 % en 2012.
- **La transformation ne représente que 8,5 % du total des projets programmés au PRIAC**, contre 13 % en 2010 et 10 % en 2011, avec une part importante prise dans ce taux par le champ des personnes âgées, pour lequel la transformation correspond principalement au solde de l'exercice de partition des unités de soins de longue durée (USLD). Cette baisse s'était déjà amorcée dans l'actualisation 2011 pour les enfants. Dans le champ des adultes toutefois, on note plutôt une stagnation voire une très légère hausse de la part de la transformation dans la programmation totale.
- **Enseignements sur les publics concernés par les programmations 2012-2016 :**

**Dans le champ des personnes âgées**, les projets spécifiques consacrés aux personnes avec la maladie d'Alzheimer (quelle que soit la catégorie d'ESMS, qu'elle soit spécifiquement prévue au plan Alzheimer ou pas) représentent 30 % des places et 30 % des montants programmés sur la période 2012-2016.

Si l'on s'en tient aux mesures Alzheimer correspondant *stricto sensu* au calibrage du plan Alzheimer (ESA, PASA, UHR), analysées à la lumière des montants notifiés dans le cadre du plan Alzheimer et d'ores et déjà engagés, il apparaît que le PRIAC n'est pas un outil de mesure pertinent de la programmation compte tenu des modalités d'allocation de ressources du plan, dont les mesures sont allouées annuellement et non de manière anticipée.

**Dans le champ des personnes handicapées**, pour la première fois, on note un certain resserrement des programmations et une priorisation autour de quelques problématiques :

- Pour les enfants, en faveur de l'autisme et des troubles envahissants du développement (particulièrement ressentie dans le champ des institutions) ; dans le milieu ordinaire, la déficience intellectuelle. La place des troubles du comportement et de la conduite est également importante.
- Pour les adultes handicapés, trois problématiques principalement programmées au niveau des institutions : les personnes lourdement handicapées, les personnes handicapées vieillissantes et le handicap psychique.



## **Annexe 4 – Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées**

### **Bilan de l'exécution 2012 et retour sur les sept dernières années**

#### **Bilan de l'exécution du PAI 2012**

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social, au travers du PAI et des contrats de projets État-régions (CPER), contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées en particulier et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Les aides de la CNSA ont une importance majeure dans ce cadre pour soutenir le développement et la modernisation du parc immobilier médico-social.

En effet, au-delà des volumes financiers attachés aux plans d'aide à l'investissement (près de 1,58 Md€ notifiés entre 2006 et 2011), ce dispositif permet de limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient payés par l'assurance maladie (secteur personnes handicapées) ou par l'utilisateur (secteur personnes âgées). En plus de se substituer en partie à l'emprunt (diminuant ainsi l'impact des frais financiers sur les tarifs), la « transférabilité » des subventions accordées permet également de réduire la charge d'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt tout particulièrement à la modernisation des structures existantes, enjeu important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980, pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît. Depuis 2008, elle contribue aussi à la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer grâce à la priorité accordée aux unités d'hébergement renforcées (UHR) et aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), ces derniers faisant l'objet d'une enveloppe financière spécifique depuis 2010 : à l'issue de l'exercice 2012, l'objectif de financement de 180 M€ consacré à la création d'UHR et PASA en EHPAD pourrait être déjà atteint (les projets sont en totalité identifiés mais la conclusion des processus de labellisation en cours devra confirmer ce recensement initial établi au vu des seuls projets d'investissement).

Le PAI 2012 porte à 1,7 Md€ le volume financier des aides à l'investissement injecté depuis 2006, soit 2 673 opérations d'investissement soutenues par la CNSA au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette aide globale représente un montant total de travaux de près de 12 Md€ (soit un effet de levier de 1 à 7).

Bien que le financement de l'investissement des établissements et services médico-sociaux constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008<sup>(1)</sup>, cette politique a été financée exclusivement sur ses réserves jusqu'en 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a ensuite affecté une fraction du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA) au financement de l'investissement à hauteur de 2 % en 2012 (1 % PA et 1 % PH).

#### **► Montant délégué aux ARS**

Le Conseil de la CNSA a voté le 14 février 2012 un PAI de 70 M€ et le 10 juillet un PAI de 50 M€. Ces deux plans ont été financés sur les réserves de la CNSA.

Dans ce cadre, le PAI 2012 a été réparti à hauteur de 80 M€ pour la sous-section personnes âgées (dont 20 M€ affectés aux PASA) et 40 M€ pour la sous-section personnes handicapées.

(1) Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10° de l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles.



## ► Notification des subventions allouées

### • Enveloppe PAI

La notification du PAI 2012 aux ARS s'est étalée en 3 tranches qui se décomposent comme suit :

- 50 M€ en février 2012 ;
- 20 M€ en juin 2012 ;
- 50 M€ en juillet 2012.

Ce PAI a été intégralement alloué aux ARS et a permis de financer :

- 80 M€ sur le secteur personnes âgées pour 292 opérations (dont 20 M€ pour les PASA) ;
- 40 M€ sur le secteur personnes handicapées pour 86 opérations.

### • Crédits au titre des contrats de projets État-Région (CPER 2007-2013)

Sur la base des engagements pris par l'État dans le cadre des CPER 2007-2013 et sur celle de la liste des opérations transmise par la DGCS, l'état actuel de la programmation des opérations inscrites dans les CPER a permis d'identifier pour les cinq années 2009 à 2013 un besoin de financement de l'ordre de 165 M€.

Il a été notifié, en 2012, 15,3 M€ pour 15 opérations, soit :

- 4 M€ sur le secteur PH pour 5 opérations ;
- 11,3 M€ sur le secteur PA pour 10 opérations.

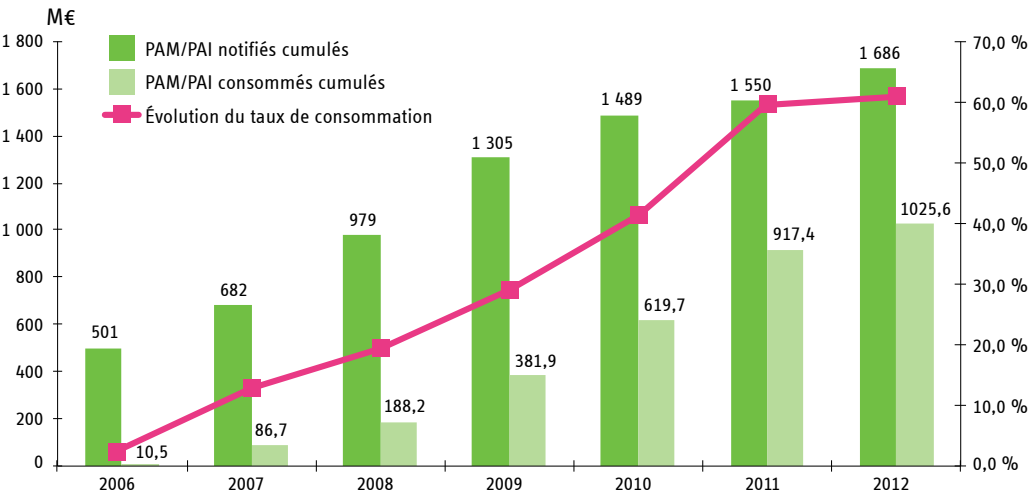
Sur les 165 M€ disponibles au titre des CPER 2009-2013, il reste un solde de 32 M€ à notifier sur l'année 2013.

Consommation des PAM/PAI depuis 2006

La consommation au 31 décembre 2012 des Plans d'aide à la modernisation (PAM) et des PAI 2006 à 2012 (incluant les CPER déjà notifiés depuis 2009) s'établit à 1,025 Md€ et se décompose comme suit :

- 395 M€ pour le PAM 2006, dont 268 M€ pour les personnes âgées et 127 M€ pour les personnes handicapées ;
- 116 M€ pour le PAM 2007, dont 82 M€ pour les personnes âgées et 34 M€ pour les personnes handicapées ;
- 202 M€ pour le PAI 2008, dont 149 M€ pour les personnes âgées et 53 M€ pour les personnes handicapées,
- 230 M€ pour le PAI 2009, dont 157 M€ pour les personnes âgées et 73 M€ pour les personnes handicapées ;
- 77 M€ pour le PAI 2010, dont 52 M€ pour les personnes âgées et 25 M€ pour les personnes handicapées ;
- 5 M€ pour le PAI 2011, dont 4 M€ pour les personnes âgées et 1 M€ pour les personnes handicapées.

Évolution de la consommation des plans d'investissement 2006 à 2012



## **Annexe 5 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2011**

Résumé du dossier technique *MDPH : Au carrefour des politiques publiques* paru en décembre 2012 et disponible sur le site Internet de la CNSA

Les rapports d'activité 2011 des MDPH permettent de confirmer la place qu'elles occupent, six ans après leur création, à l'échelon local, au carrefour des politiques publiques : éducation, emploi, transport, logement, accessibilité... Leur rôle de guichet unique les a, de fait, positionnées à l'interface de dispositifs de droit commun et de dispositifs spécifiques au champ du handicap.

Le ralentissement global de la croissance de l'activité ne s'observe pas de la même manière dans tous les départements et on note sur ce point de grandes disparités de situations. Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,4 % contre 15,2 % entre 2009 et 2010.

Avec la maturité acquise, nourries d'un partenariat riche et multiple, les MDPH ont abordé cette année 2011 avec l'envie tout autant que l'urgente nécessité de capitaliser l'expérience, partager leurs pratiques et leurs interrogations avec leurs partenaires et ainsi questionner la légitimité de leurs interventions.

Ces rapports permettent également de confirmer le mouvement de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements : schémas de l'autonomie, mutualisation des équipes (de l'accueil à l'évaluation), voire organisation totalement mutualisée sous forme de maison de l'autonomie.

### **Les MDPH au carrefour des politiques publiques**

L'intégration scolaire des enfants handicapés, l'employabilité et la mobilisation de la PCH au service du parcours de vie de la personne sont les thématiques phares de ces réflexions engagées et à poursuivre. Contraintes par la charge de travail à une optimisation de leurs processus d'instruction et d'évaluation, les MDPH se sont largement mobilisées sur ces thématiques.

► **La scolarisation des enfants en situation de handicap : une activité toujours croissante, témoin de la réussite de l'inclusion scolaire mais également révélatrice d'un besoin de clarification des différents champs des dispositifs.**

Si la part des demandes concernant des enfants dans la totalité des demandes déposées à la MDPH a peu évolué entre 2010 et 2011, elles ont néanmoins augmenté de plus de 4 % en moyenne avec de grandes disparités entre départements. Les MDPH reçoivent 200 000 demandes par an liées à la scolarisation, avec dans certains départements une croissance toujours importante, notamment des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Cet accroissement de l'activité des MDPH s'accompagne de résultats encourageants en matière de scolarisation des élèves handicapés : en 2012, 70 % des 276 000 élèves handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire, contre 30 % en milieu spécialisé. Pour mémoire, ils n'étaient que 65 % en 2005 en milieu ordinaire pour 35 % en milieu spécialisé.

De nombreuses initiatives locales rendent compte de la préoccupation des équipes des MDPH, des membres de la CDAPH et des Inspections d'académie de tendre à l'équité de traitement, anticipant sur l'élaboration d'un document national :

- outiller les équipes de l'Éducation nationale pour les aider à constituer les dossiers ;
- guider la réflexion des évaluateurs de la MDPH et les aider dans leurs préconisations ;
- sécuriser les décisions de la CDAPH.

Toutes les MDPH ne font pas état de l'élaboration systématique d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS) parce que certaines d'entre elles ne peuvent assurer cette charge de travail.

Phénomène croissant pour les MDPH, la prise en compte des besoins des enfants présentant des troubles « dys » est largement évoquée dans les rapports. Les MDPH expriment surtout leurs interrogations quant à la prise en compte de ces troubles des apprentissages au titre du handicap.

En 2011, 43 000 élèves sont accueillis en CLIS ou en ULIS (20 000). La proportion d'élèves en CLIS est stable : entre l'année scolaire 2009-2010 et l'année scolaire 2010-2011, elle passe de 35,7 % à 34,2 % de l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire. La proportion d'élèves en ULIS augmente quant à elle, puisque sur la même période elle passe de 21,1 % à 25,5 % de l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

### ► L'emploi : la question de l'employabilité et les enjeux de l'accompagnement vers et dans l'emploi

Dans le contexte de crise économique que connaissent la France et l'Europe, les MDPH se trouvent également mobilisées sur la question de l'emploi d'un public fragile et parfois très éloigné du monde du travail parmi d'autres publics tout aussi fragilisés par des problématiques d'insertion notamment.

La consolidation de données de 2006 à 2011 atteste de cette flambée de sollicitations autour des questions de l'emploi auprès des MDPH. Réforme de l'AAH, difficulté de respect de l'obligation d'emploi pour les entreprises, gestion tardive des reconversions professionnelles, crise économique qui s'installe dans la durée sont autant de déterminants de la croissance de l'activité « emploi » des MDPH.

La recherche d'un statut (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH) ressenti comme potentiellement « protecteur » pour des salariés n'est pas négligeable dans l'activité des MDPH. Mais, pour les MDPH, l'augmentation des demandes doit s'accompagner d'une harmonisation des critères d'attribution de la RQTH et des conditions de refus.

La question des publics frontières entre RSA et AAH est également soulevée, notamment à travers la diminution des taux d'accord dans certains départements :

- Beaucoup de demandes de personnes bénéficiaires du RSA ou en difficulté d'insertion font état de problèmes de santé. La MDPH peut alors jouer le rôle de « filtre » entre handicap et maladie.
- Situations sociales complexes, précarité, souffrance psycho-sociale pour lesquelles les différences entre minima sociaux (montant du RSA et de l'AAH) et entre statuts (handicapés et titulaires du RSA) ne sont pas neutres dans un quotidien difficile.

Le décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation, qui finalise la réforme de l'AAH, soulève des inquiétudes pour les MDPH : impact sur leurs organisations et leur charge de travail déjà importante compte tenu du raccourcissement des durées de validité de l'attribution de l'AAH au titre du L. 821-2 (CSS), impact sur leurs modalités d'évaluation.

La place prise par les questions de l'emploi au sein des MDPH contraint celles-ci au développement d'une technicité en interne en matière de contre-indications à l'emploi, conditions d'exercice d'une activité professionnelle, parcours de formation, connaissance des opérateurs... Ce travail spécifique fait appel à des compétences de médecins du travail et/ou de médecins dits de main-d'œuvre que les MDPH possèdent rarement en interne. Les questions relatives à la formation et au projet professionnel nécessitent donc le recours à des compétences quantitatives et qualitatives mises à disposition par les partenaires institutionnels (Pôle emploi – Cap emploi) et à leur disponibilité.

Plusieurs MDPH font référence dans leur rapport 2011 au service « appui projet » proposé par l'AGEFIPH, qui comportait également une dimension d'accompagnement et de mise en situation, regrettant l'arrêt de ce dispositif.

Les MDPH rappellent également l'intérêt des centres de préorientation et des CRP ou de la possibilité de mise en situation en milieu protégé dans le parcours vers l'emploi des personnes handicapées. On observe effectivement une répartition géographique très inégale de ces structures, ce qui constitue un frein à leur utilisation.

## ► L'orientation en établissements et services médico-sociaux

Les rapports 2011 s'enrichissent de données relatives aux ESMS, qu'il s'agisse d'éléments de contexte dressant un panorama de l'existant et de la programmation éventuelle avec une perspective régionale et nationale ou d'une véritable démarche d'observation des besoins en s'appuyant sur leurs systèmes d'information.

Les MDPH rendent compte des volumes de décisions d'orientation, notamment par type de structures, et témoignent de relations plus étroites avec les directions de ces structures : visites d'établissements, participation aux équipes pluridisciplinaires, élaboration de documents d'évaluation accompagnant le dossier de renouvellement... Elles évoquent comme en 2010 les difficultés d'orientation pour certains types de handicap et les orientations par défaut. Elles font état de démarches collectives de définition de critères de priorisation et de gestion des listes d'attente.

La question du suivi des demandes, des listes d'attente et d'échanges de données avec les établissements devient centrale pour la plupart d'entre elles, poussées dans une telle réflexion par le conseil général et l'Agence régionale de santé.

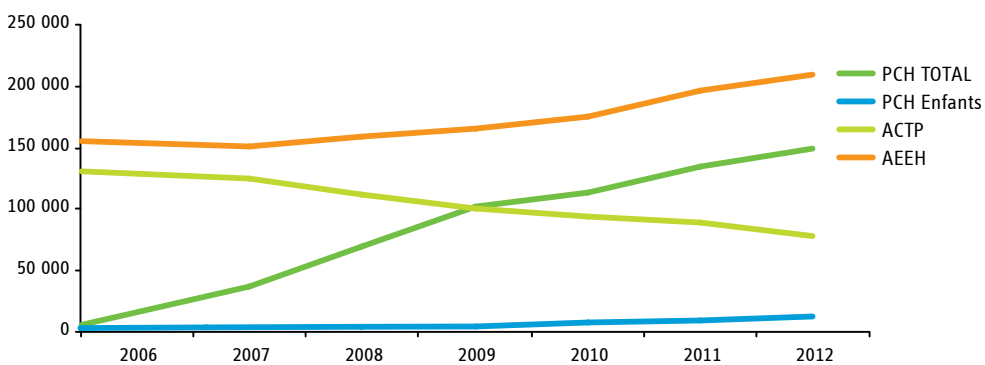
Les outils de dialogue avec les établissements sont divers : de l'enquête ponctuelle dans le cadre de l'élaboration du schéma au développement d'outil spécifique partagé en passant par l'échange périodique de données.

Face à la persistance de ces listes d'attente, certaines MDPH sont amenées à mettre en place des formes de priorisation.

## La prestation de compensation du handicap (PCH) au service du projet de vie

En 2011, les demandes de prestation de compensation augmentent de plus de 11 % par rapport à 2010. Elles avaient augmenté de plus de 29 % entre 2009 et 2010 et de plus de 42 % entre 2008 et 2009. En 2010, la part des réexamens reste limitée : 83 % des demandes PCH sont encore des premières demandes.

### ■ Bénéficiaires PCH - ACTP - AEEH



Source : DREES - CNSA 2011.



En 2011, la part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées auprès des MDPH se stabilise à hauteur de 6,8 %, et 0,5 % des demandes déposées à la MDPH sont des demandes de renouvellements pour l'allocation compensatrice pour tierce personne, ce qui marque un recul plus prononcé par rapport aux années précédentes.

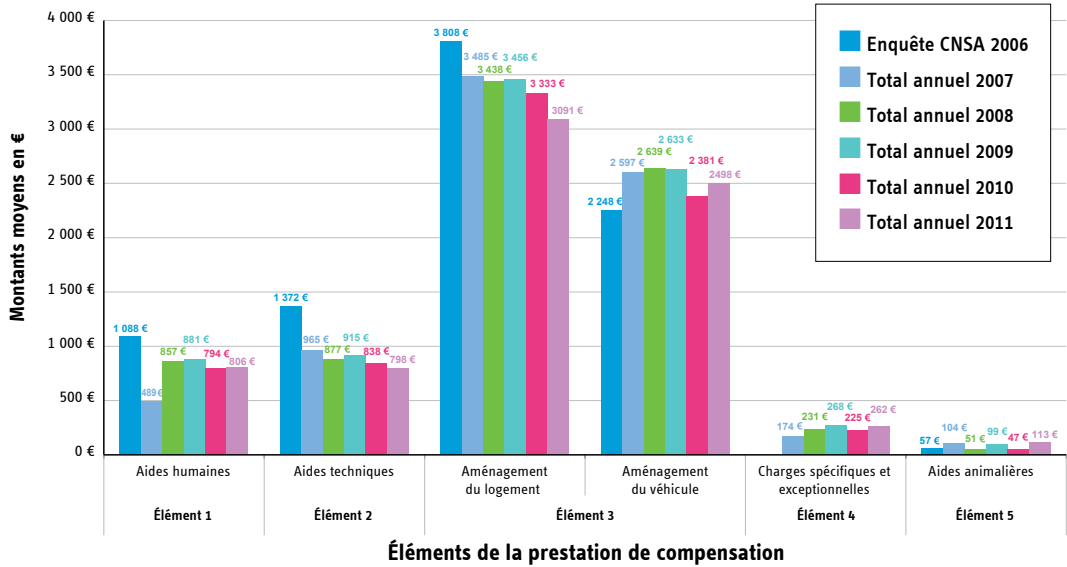
Les demandes de PCH enfant progressent mais à un rythme moins soutenu. En 2011, les demandes pour des enfants représentent 11,7 % du total avec une progression de 1,8 point par rapport à l'année précédente, ce qui est proche de l'augmentation de 2010 (+ 1,5 point).

La baisse du taux d'accord se confirme même si le volume des accords augmente. La rupture observée en 2010 par rapport aux années précédentes s'accroît en 2011. Ainsi, 51,9 % des demandes examinées par les CDAPH ont conduit à un accord. Cette part était de 56,7 % en 2010.

Les données nationales dissimulent des disparités départementales importantes. Le nombre de demandes de prestations de compensation adressées aux MDPH rapporté à la population s'échelonne entre 348 et 1 869 demandes pour 100 000 habitants, soit une nette augmentation par rapport à 2010. En 2011, les taux d'accords varient entre 33 % et 84 % selon les départements, soit une étendue un peu plus faible qu'en 2010 (de 29 % à 85 %). Les pratiques départementales (orientation des demandes, cellules de pré-tri, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes impactent largement les taux d'accords.

Depuis 2007, la répartition des différents éléments de la PCH ne cesse d'évoluer et les montants décidés par la CDAPH pour chaque élément de la prestation suivent la même tendance. En 2011, la part mensuelle des aides humaines représente 37,4 % du total des montants attribués et la part des aides techniques atteint 21 % du total des montants attribués chaque mois ; la part de l'élément n° 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport) représente 36,9 %, soit une baisse de 2,1 points. En 2011, il n'y a pas de tendance générale qui se dessine concernant l'évolution des montants moyens attribués par type d'aides, contrairement à 2010, où une baisse générale était observée.

■ Évolution des montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation  
Source déclarative



Source : Questionnaire mensuel.

► Fonds de compensation

Les rapports font état d'une révision des critères d'accès au fonds de compensation (FDC) pour faire face à la pénurie financière courant 2011. Certains fonds de compensation étaient en effet restés ouverts aux personnes ayant opté pour l'ACTP ou pour des personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiaires de l'APA notamment. La sollicitation du fonds est variable d'un département à l'autre, principalement pour les aides techniques et les aménagements de logement, mais certains départements évoquent des demandes relatives au financement des prothèses auditives et des surcoûts de transport.

## Les MDPH continuent à se mobiliser pour faire face à la demande

La consolidation des données d'activité depuis 2006 permet de mesurer la pression continue et plus que soutenue s'exerçant sur les MDPH depuis leur création. Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a continué d'augmenter en 2011 : 5 points entre 2010 et 2011 contre 8 entre 2009 et 2010.

En moyenne nationale, la répartition par types de demandes pour les adultes comme pour les enfants évolue peu mais les rapports mettent en évidence le poids important des demandes des personnes âgées de plus de 60 ans, notamment pour les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que pour les cartes européennes de stationnement (CES) : 34 % des demandes globales de cartes et 40 % des CES sont formulées par des personnes âgées de 60 ans et plus.

Face à cette activité toujours dense, les équipes des MDPH continuent à se mobiliser, comme en 2010, afin d'optimiser leur fonctionnement sur tous les fronts : accueil, évaluation, décision...

### ► L'accueil, une étape stratégique du traitement du dossier

Informers correctement la personne, l'aider à formuler sa demande et à constituer son dossier facilite le travail d'instruction et d'évaluation et raccourcit les délais de traitement.

Se rapprocher du public est donc un enjeu important et la territorialisation de l'accueil s'amplifie en 2011, notamment en s'appuyant sur les unités territoriales du conseil général, les CLIC et les CCAS. La plupart des MDPH diversifient les contenus de l'accueil et proposent un service gradué, d'une demande simple au besoin d'accompagnement (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux). Les rapports 2011 illustrent aussi l'effort de modernisation et l'utilisation de nouvelles technologies pour rendre l'accueil et l'information des usagers plus efficaces et accessibles à distance : bornes interactives, outils et plateformes de téléphonie performants.

### ► Optimiser le processus d'instruction du dossier en fonction de sa complexité permet de gagner en fluidité et en efficacité

La difficulté d'assurer un travail individualisé dans un processus souvent « industriel » conduit les MDPH à organiser des circuits de traitement des dossiers différents en fonction de leur niveau de complexité ou de la dominante du dossier. Le développement d'une cellule d'analyse des données, à la frontière de l'instruction et de l'évaluation, répond à l'objectif de repérage du niveau de complexité d'un dossier dès son entrée, du besoin éventuel de pièces complémentaires et d'aiguillage dans le bon circuit d'évaluation et/ou de décision.

### ► L'augmentation du pourcentage d'évaluation sur dossier témoigne de la difficulté des MDPH à rencontrer les personnes sur leur lieu de vie, compte tenu de la charge de travail

Les MDPH s'organisent pour optimiser les expertises et les concentrer sur les dossiers les plus complexes. Elles se donnent les moyens de compléter les informations en contactant la personne ou ses proches par téléphone. Majoritairement, les MDPH utilisent l'outil national de recueil des éléments d'évaluation, le GEVA, souvent de façon partielle, ou des outils élaborés à partir du GEVA.

Elles doivent donc pouvoir s'appuyer sur les informations fournies par les partenaires et leur aptitude à alimenter les dossiers en données fiables et complètes. Le recours à des expertises extérieures est également essentiel.

L'élaboration et l'envoi des plans personnalisés de compensation avant soumission à la CDAPH restent une pratique minoritaire (le plus souvent pour les demandes de PCH ou les demandes concernant les enfants) mais qui progresse.

Comme en 2010, la prise en compte des besoins spécifiques des 16-25 ans progresse, se traduisant souvent par la mutualisation de compétences d'évaluation adulte et enfant au sein d'une équipe pluridisciplinaire dédiée.

### ► Les MDPH accélèrent leur processus de décision, suivant ainsi le rythme des demandes

Les critères d'ouverture des dossiers en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) restent variables d'une MDPH à l'autre, témoignant de l'impact d'un fonctionnement historique local mais également de la charge de travail. La CNSA souhaite engager un travail sur le fonctionnement de la CDAPH afin de mieux appréhender les différences de fonctionnement, capitaliser les bonnes pratiques et les diffuser. Les taux d'accord en moyenne nationale évoluent peu entre 2010 et 2011, mais avec de grandes disparités départementales. Plusieurs déterminants peuvent expliquer ces écarts : pression de la demande variable, disparités d'évaluation, critères d'aide à la préconisation ou référentiels d'attributions élaborés localement, influence de données environnementales et prise en compte des contraintes de l'offre.

Les rapports 2011 insistent sur le développement de temps d'échange, de formation et d'élaboration de doctrine au sein des CDAPH en dehors de tout examen de dossiers, souvent partagés avec les équipes pluridisciplinaires.

### ► Avec quels résultats ?

La loi du 28 juillet 2011 a posé le principe de la signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens par les MDPH et les contributeurs du GIP. Complément de la convention constitutive, ce document doit permettre localement de faire le point sur le fonctionnement de la MDPH, d'identifier les marges de progrès pour les trois ans à venir, de quantifier les moyens alloués et de mesurer les résultats chaque année afin d'ajuster le plan d'action.

La question de la qualité du service rendu, de l'efficacité et de l'efficience des MDPH devient stratégique, sous réserve de pouvoir se doter d'indicateurs pertinents.

Les délais moyens de traitement des dossiers pour les adultes comme pour les enfants s'améliorent : au moins 60 % des MDPH enregistrent entre 2010 et 2011 une diminution de leurs délais moyens. L'indicateur de délai moyen de traitement doit être cependant manié avec prudence car il peut être tout autant le reflet d'un travail efficace que d'un processus de traitement du dossier accéléré, ne prenant pas réellement en compte tous les besoins de la personne ou s'appuyant sur des éléments restreints. Par ailleurs, cette donnée masque de grandes disparités de délais selon les prestations.

Les taux de recours et de contentieux restent stables : 2,5 % des décisions font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux. 88 % des MDPH ont un taux de recours inférieur ou égal à 3 %. Néanmoins, la gestion des recours gracieux et contentieux prend de plus en plus de place dans les organisations et représente une charge de travail croissante pour les MDPH.

### ► Avec quels moyens ? Le budget des MDPH est contraint, les effectifs se stabilisent

En octobre 2012, la CNSA a réuni les deux tiers des MDPH (directeurs et représentants des conseils généraux) en séminaire de travail pour présenter la consolidation nationale des données financières et d'effectifs des GIP.

## 1. Synthèse des données financières des MDPH

Les dépenses totales<sup>(1)</sup> des MDPH (dépenses d'investissement et de fonctionnement) s'élèvent en 2011 à un peu plus de 316 M€, en augmentation de 7 % par rapport à 2010.

Les dépenses de personnel représentent 75 % des dépenses totales (77 % hors investissement).

Les recettes avoisinent également 316 M€, réparties entre trois principaux financeurs : 41 % proviennent des départements, 35 % de l'État et 19 % de la CNSA.

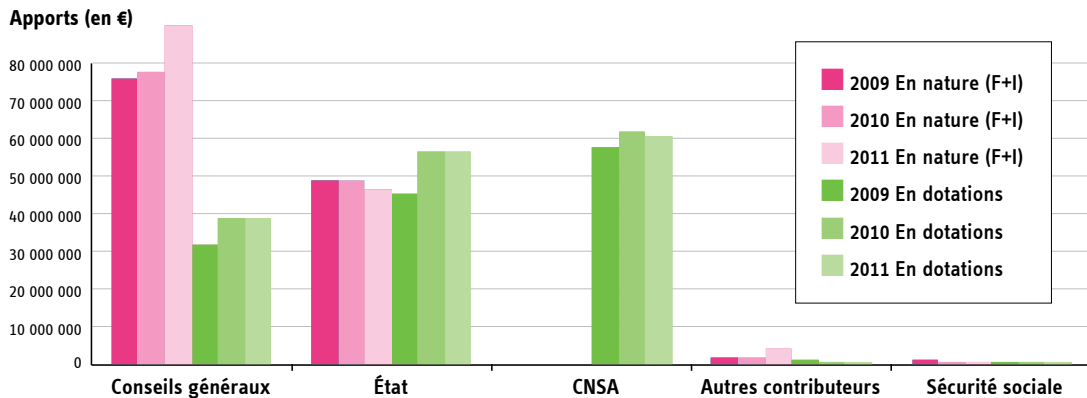
(1) Dépenses effectuées sur le budget de la MDPH auxquelles s'ajoutent celles des contributeurs au GIP (y compris la valorisation des mises à disposition et des externalisations).

En 2011, comme en 2010, plus de la moitié (55 %) de l'ensemble des dépenses d'investissement et de fonctionnement est réalisée directement sur le budget du groupement d'intérêt public. Il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit que, si les dépenses sont effectuées pour leur majorité directement sur le budget de la MDPH, elles sont en parallèle supportées par les partenaires par le biais des crédits versés à la maison départementale.

Il n'y a pas de corrélation évidente cette année encore entre les dépenses de fonctionnement et la part des dépenses propres des MDPH mais, au contraire, une grande disparité qui reflète également celle du degré d'autonomie des MDPH à l'égard des membres du GIP.

Sous l'angle des apports des partenaires à la MDPH, en 2011, la participation de l'État (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations – DDCSPP –, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE –, Éducation nationale) diminue très légèrement pour atteindre 103,2 M€ (contre 105,4 M€ en 2010 et 94,6 M€ en 2009)<sup>(2)</sup>.

### ■ Apports par contributeur



Source : Maquettes CNSA 2011.

La part des apports en nature se stabilise en 2011 à hauteur de 45 % (44 % en 2010, 47 % en 2009 et 49 % en 2008). Ces apports recouvrent l'ensemble des mises à disposition, personnels et locaux principalement. Il est probable néanmoins qu'ils soient aujourd'hui encore sous-estimés au moment de la valorisation.

## 2. Rapprochement avec les données d'activité

Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,4 % entre 2010 et 2011, correspondant à une hausse pour 77 % d'entre elles et à une baisse pour les 23 % restantes.

En 2011, le coût moyen d'une demande (échantillon de 90 MDPH) est de 94 € (il était de 89 € en 2010), avec un minimum à 54 € (50 € en 2010) et un maximum à 306 € (200 € en 2010) (écart-type : 39). La médiane est de 98 € et la dispersion très importante parmi les MDPH.

Pour illustrer cette dispersion, il nous a paru intéressant cette année d'observer le coût moyen d'un dossier<sup>(3)</sup>. Celui-ci est de 225 € en 2011. Il oscille dans un intervalle allant de 131 € à 560 €.

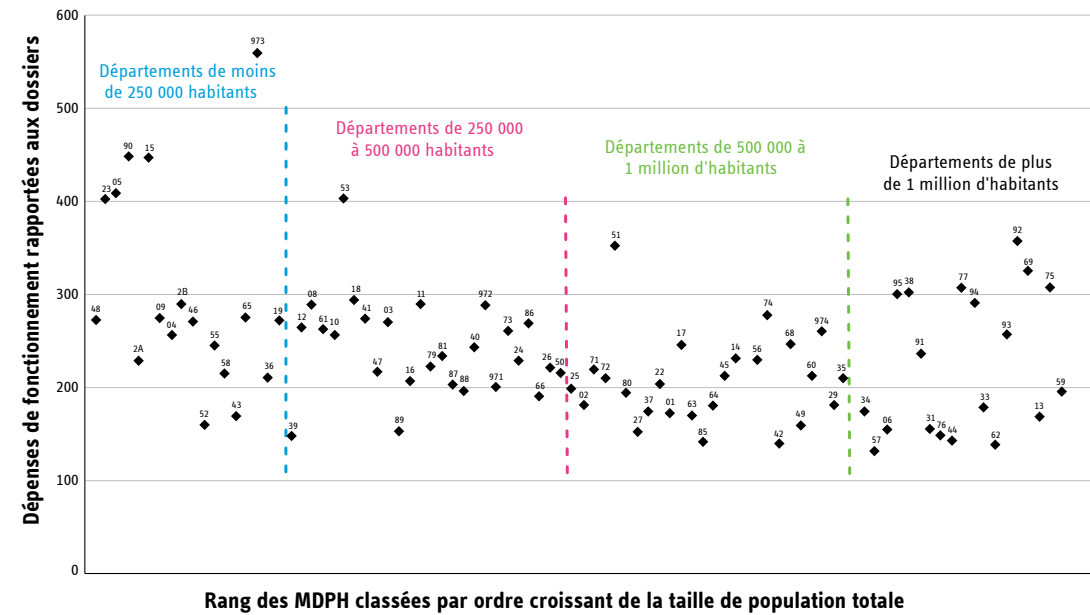
(2) À noter :

– l'État a procédé en 2011 à des rappels de dotations antérieures (2006-2010) à hauteur de 14 M€ (des rappels ont également eu lieu en 2010, bien que moindres) ;

– la CNSA contribue en 2011, comme en 2009 et 2010, à hauteur de 60 M€ par le biais de son concours. La différence entre les versements effectués et le montant total du concours provient du décalage dans le temps des versements d'acomptes ; décalage lié à la signature des conventions de qualité de service renouvelées pour la période 2009-2012 entre la CNSA et chaque département.

(3) Un dossier comprend toutes les demandes présentées par une même personne (au moins une demande) ; le nombre moyen de demandes adressées par dossier est estimé à 2 pour les enfants et 2,5 pour les adultes.

■ Coût d'un dossier par MDPH  
Échantillon : 88 MDPH



Source : Échanges annuels 2011 et maquettes CNSA 2011.

À noter : en 2011, la population de référence utilisée pour les comparaisons est la population totale (et non plus les personnes de 0 à 59 ans) car les missions effectives des MDPH s'étendent à un public élargi aux personnes de plus de 60 ans.

3. Les effectifs en 2011

Les effectifs des MDPH ont sensiblement augmenté, dans un mouvement qui se poursuit en 2011. Ainsi, en 2011, on compte 5 378 ETP (un peu plus de 7 % de plus qu'en 2010) dans les MDPH, y compris les mises à disposition (hors externalisations). Les MDPH comptent en moyenne 54 ETP au sein de leur personnel (correspondant à 49 ETPT).

En 2011, on compte 158 emplois à temps plein supplémentaires employés directement par la MDPH par rapport à 2010. C'est également, à quelques unités près, le nombre d'emplois supplémentaires apportés par les conseils généraux cette année (+ 169 ETP).

■ Évolution des effectifs salariés et contributions des financeurs

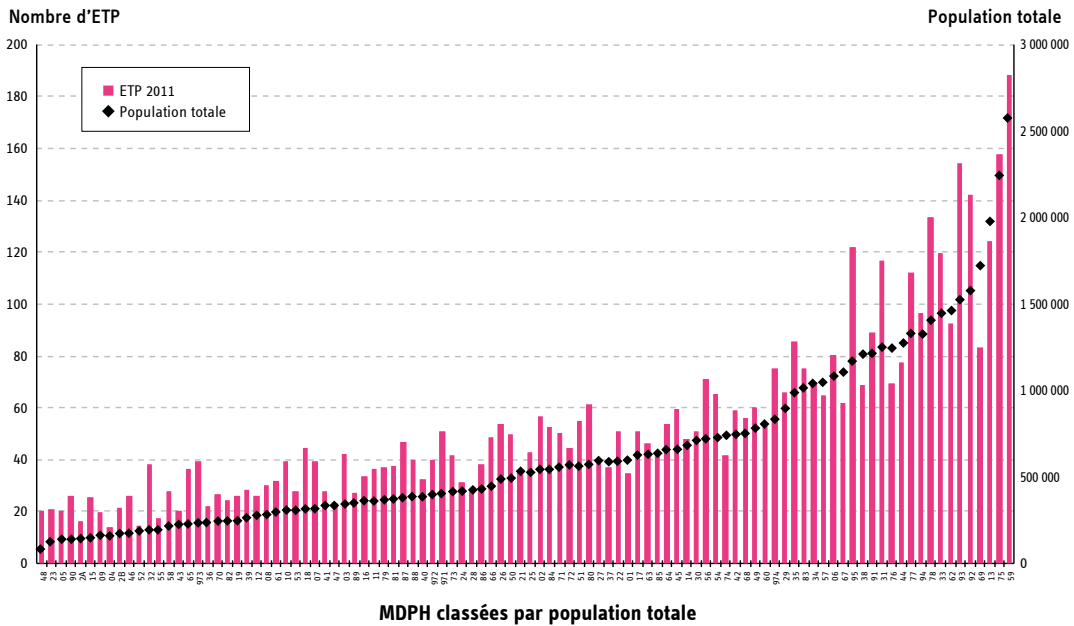
Récapitulatif effectifs :	ETP 2009	ETP 2010	Variation 2009/2010	ETP 2011	Variation 2010/2011	ETP travaillés 2011
CG	2 342	2 492	6 %	2 661	7 %	2 417
MDPH	1 279	1 402	10 %	1 560	11 %	1 439
État	1 153	1 025	- 11 %	989	- 4 %	925
OSS				9		7
Autre (dont OSS pour 2009 et 2010)	99	103	5 %	160	55 %	154
Total	4 873	5 023	3 %	5 378	7 %	4 942

Cette année encore, les mises à disposition de l'État diminuent, même si cette diminution est moins forte qu'en 2010 et est compensée financièrement. En parallèle, l'effort des MDPH pour renforcer leurs effectifs et mener à bien leurs missions mérite également d'être relevé, cette année encore, puisque ceux-ci (appartenant au tableau des effectifs ou mis à disposition) ont augmenté de plus de 11 %. Certaines MDPH continuent donc à recruter, impliquant – pour elles ou pour les services départementaux – une charge de gestion des ressources humaines supplémentaire. Ainsi, au total, 59 MDPH déclarent être employeur d'une partie des effectifs du GIP.



Malgré l'augmentation générale du personnel des MDPH, on observe une réduction significative des emplois dans une dizaine de MDPH ces dernières années. On peut vraisemblablement l'attribuer, comme les années précédentes, à des renforts temporaires issus des conseils généraux en 2010, comme à des retours de personnels de l'État dans leur administration d'origine. Les postes perdus ou non pourvus ont pu éventuellement être compensés par dotation financière, sans que l'on puisse estimer les montants correspondants.

### ■ Nombre d'ETP par département



Source : Maquettes CNSA 2011.

Dans le graphique ci-dessus, on observe que la taille de la maison départementale n'est pas parfaitement corrélée à la population du département.

Il existe des différences significatives entre des départements de taille identique, inégalités qui peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006 et transféré des anciennes commissions et/ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation. À cet égard, les MDPH qui connaissaient historiquement une insuffisance d'effectifs ont poursuivi l'effort de recrutement, notamment celles des départements les moins peuplés, mais également les MDPH les plus importantes.

Les départements les moins peuplés sont proportionnellement les mieux dotés en personnel. Il existe en effet une taille minimale critique au-dessous de laquelle on ne peut pas constituer une vraie maison départementale des personnes handicapées.

Les métiers et les statuts des agents sont très nombreux<sup>(4)</sup> et divers au sein des MDPH. De nouveaux métiers sont venus s'ajouter dans la nomenclature des emplois traditionnels, tels que chef de projet, correspondant informatique, comptable, chargé de mission, adjoint de direction, chargé d'étude...

Les fonctionnaires sont une majorité (58 % des 5 378 ETP), originaires de l'État et des conseils généraux. Si l'on considère la pérennité des postes, les catégories fonctionnaires et contrat à durée indéterminée représentent 79 % des ETP, comme en 2010. Les contrats à durée déterminée constituent donc en 2011 une part significative des emplois (21 % des ETP).

Les ETPT des MDPH incluant ici les mises à disposition sont répartis principalement entre l'instruction (38 %) et l'évaluation (34 %), et dans une moindre mesure l'administration générale (16 %) et l'accueil (12 %).

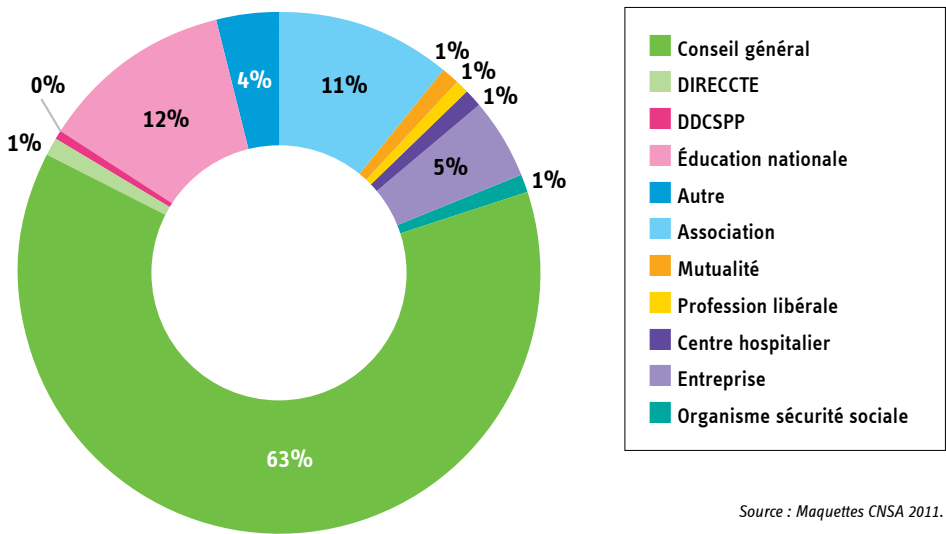
(4) Diversité des statuts : fonctionnaire, CDD de droit public, CDI de droit public, CDI de droit privé, vacataire, CDD de droit privé, contrat aidé.

4. Analyse de la nature des externalisations<sup>(5)</sup>

La nature des prestations externalisées est très variée. On peut compter 18 catégories de prestations mais la part la plus importante des externalisations concerne le personnel (30 %) et les locations immobilières (8 %). 65 % des externalisations le sont à titre gratuit. Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de plus de 27 M€. C’est dire l’importance de ces services, sans lesquels les MDPH auraient du mal à fonctionner.

Les conseils généraux fournissent au total (tous processus confondus) 63 % des prestations valorisées.

■ Partenaire/Prestataire (par rapport aux montants)



Le pilotage des MDPH au service de la qualité de service

La stabilisation et l’efficacité des systèmes d’information des MDPH sont des prérequis indispensables au bon fonctionnement et à la fiabilité du système d’information nationale SipaPH.

► Les MDPH sont encore en attente d’une stabilisation de leurs systèmes d’information

La reprise des données des anciens logiciels ITAC et OPALES a été inégale en quantité comme en qualité et les MDPH font état des besoins d’amélioration du paramétrage et des fonctionnalités indispensables au bon déroulement et au suivi du processus de traitement des dossiers. Cette instabilité impose une grande prudence quant à l’interprétation des données. Enfin, si quelques MDPH évoquent le codage des pathologies et des déficiences à partir de la CIM 10 par les équipes d’évaluation, et l’identifient comme la première étape de connaissance des publics, elles questionnent les moyens utiles et nécessaires pour assurer cette saisie.

► L’année 2011 est l’année du développement des chantiers de dématérialisation et de numérisation des dossiers

Les MDPH, conscientes de la complexité et de l’ampleur de ces chantiers, souhaitent s’appuyer sur l’expérience acquise par celles qui les ont précédées dans ces opérations. Certaines s’appuient sur un partenariat avec des ESAT. La dématérialisation permet une rationalisation des tâches ainsi qu’une souplesse dans la pratique « délocalisée » de l’évaluation.

(5) Externalisation : « prestation ou expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH, pour un usager qui n’est pas nécessairement le sien au départ, et qui apporte une plus-value aux processus métiers de la MDPH ».

### ► Le démarrage du SipaPH, prévu en 2012, a pris du retard

L'instabilité des systèmes d'information des MDPH et le retard pris par les éditeurs des deux principaux logiciels de MDPH pour développer les extracteurs de données venant alimenter le système d'information national expliquent le retard constaté de ce projet.

### La gouvernance des MDPH

Les rapports 2011 sont marqués par l'évolution de la composition de la commission exécutive (COMEX) avec l'intégration de la représentation de l'ARS, qui modifie l'équilibre des collèges et justifie de nouvelles désignations au sein du collège associatif et du conseil général.

### Conclusion

Les rapports d'activité 2011 des MDPH témoignent d'un parcours dans l'effort permanent depuis six ans avec, pour certaines MDPH, des résultats très encourageants en termes de délais et de traitement des dossiers.

Même si la progression de l'activité semble se ralentir, la pression et les attentes à l'égard des MDPH restent fortes et on ne doit pas négliger l'expression d'un certain essoufflement des équipes et de leurs cadres. La CNSA a un rôle clé à jouer dans un tel contexte : contribuer à renforcer l'accompagnement des MDPH à ce moment critique où les choix organisationnels, la capitalisation des bonnes pratiques et des résolutions de problème, la mise à disposition d'outils simples et adaptés à leur fonctionnement deviennent stratégiques.

Des progrès sont encore à réaliser, comme la nécessité de se doter de véritables outils d'évaluation de la qualité de service et d'identification des effets des mesures correctives prises localement et de l'impact de l'accompagnement des équipes par la CNSA.

► **Annexe 6 – Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2012**

**Conventions signées au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées**

Ce tableau rend compte des conventions signées pendant l'année 2012.

**Nouvelles conventions signées en 2012 (montants en euros)**

01 – Conventions avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
61 Orne	3 199 000	1 025 500	Axe 1 – Modernisation et structuration des SAD Axe 2 – Professionnalisation des salariés des SAD Axe 3 – Professionnalisation des accueillants et aidants familiaux Axe 4 – Actions innovantes
76 Seine-Maritime	2 320 000	1 251 000	Axe 1 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile grâce à la télégestion Axe 2 – Amélioration de l'offre de services et structuration du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Contribution à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et de l'accueil familial
34 Hérault	2 728 014	926 437	Axe 1 – Déploiement pilote d'un outil de télégestion Axe 2 – Encadrement des interventions réalisées dans le cadre de l'emploi direct Axe 3 – Mutualisation des services Axe 4 – Développement de contractualisation avec les structures Axe 5 – Accueil familial, personnes âgées, personnes handicapées Axe 6 – Développement de la domotique
37 Indre-et-Loire	477 000	240 000	Axe 1 – Information et offre aux usagers Axe 2 – Modernisation des services et professionnalisation des intervenants Axe 3 – Soutien des aidants familiaux Axe 4 – Développement de l'accueil familial
30 Gard	2 884 358	1 442 179	Axe 1 – Diversification de l'offre de services et promotion des actions innovantes Axe 2 – Aide aux aidants et aux accueillants familiaux Axe 3 – Soutien et professionnalisation des intervenants à domicile Axe 4 – Suivi et animation de la convention
44 Loire-Atlantique	987 000	493 500	Axe 1 – Connaissance du secteur de l'emploi direct et appui à la formation dans le cadre de l'emploi direct, aide à la structuration des SAD autorisés Axe 2 – Poursuite de la modernisation des services Axe 3 – Favoriser l'émergence de réponses aux besoins des publics fragiles en encourageant les solutions innovantes
51 Marne	850 000	595 000	Axe 1 – Structuration du secteur par l'aide aux aidants Axe 2 – Développement de la modernisation des outils et systèmes d'information (télégestion), expérimentation d'actions innovantes
971 Guadeloupe	2 110 000	946 000	Axe 1 – Mutualisation en vue de l'amélioration de la structuration du secteur et de l'offre de services Axe 2 – Valorisation des métiers de services à la personne Axe 3 – Amélioration de la qualité du service rendu dans les services à la personne

02 – Conventions avec les réseaux			
Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
GCSMS Accueil familial du Sud-Ouest	774 976	373 512	Action 1 – Formation initiale des accueillants familiaux principaux Action 2 – Formation en cours d'emploi des accueillants familiaux (validation des acquis de l'expérience) Action 3 – Formation continue des accueillants familiaux principaux et remplaçants



Conventions ayant donné lieu à un versement en 2012

Ce tableau rend compte des montants versés en 2012 au titre des conventions signées (en 2012 et années antérieures). Le versement effectif des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'un bilan d'exécution par le partenaire.

01 – Conventions avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
Conventions de modernisation de l'aide à domicile signées avec les conseils généraux	2007 à 2012	54 140 544	12 673 791
02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
ADESSA 75	17/07/2009 et 19/11/2009	1 011 758	135 076
ADHAP 63	6/12/10	3 680 437	924 177
Croix-Rouge française	12/10/12	1 027 764	513 884
UNA 75	12/05/10	25 679 427	3 220 567
UNCCAS 75	16/09/09	832 560	220 112
03 – Conventions relatives à la formation des aidants			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
CFO 75	20/05/10	305 000	96 849
FNAF 42	20/05/10	10 000	4 900
FA 75	16/06/11	1 260 000	487 366
04 – Conventions relatives à la formation des salariés (OPCA)			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
ANFH 75	20/03/12	5 197 500	1 559 250
CNFPT	26/03/10	900 000	227 834
OPCA PL 75	13/09/11	2 620 000	1 834 000
OPCA PL 75	28/05/12	2 420 000	726 000
UNIFAF 75	26/03/10	2 620 000	1 859 954
UNIFAF 75	1/09/10	1 000 000	63 673
Unifaf	12/10/12	14 000 000	7 000 000
05 – Conventions relatives à la formation des accueillants familiaux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
GCSMS Accueil familial du Sud-Ouest	28/02/12	373 512	173 940



**Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2012 – Projets d’études, de recherches et actions innovantes**

Axe 1 – Connaissance des besoins globaux d’accompagnement des personnes en perte d’autonomie et manque		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	CEDIAS – Outils d’appropriation des résultats de l’étude « Quels services d’accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap d’origine psychique ? »	47 547
Personnes âgées	Erasmus université Rotterdam – Outils de décomposition de l’Espérance de vie sans incapacité (EVSII) et évolution de l’effet potentiel des interventions sur l’ESVI	139 725
Personnes âgées	Fondation partenariale Paris-Dauphine - Enquête SHARE	500 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM (siège) – Appel à projets « Handicap et perte d’autonomie » session 1 : convention Partenariat DREES-IReSP	706 088
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM (siège) – Appel à projets 2011 « Santé mentale - prévention - prospective »	105 869
Personnes handicapées	INSERM ADR Paris VII - Expertise collective déficience intellectuelle	92 000
Personnes âgées	IRDES - COMPAS – Connaissance des populations en perte d’autonomie et de leur consommation de soins	178 401
Personnes handicapées	Prader Willi France – Guide de bonnes pratiques	122 964
Personnes handicapées	RHEOP – Quel parcours de vie pour les enfants avec un handicap rare ?	130 842
Axe 2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne et préconisations		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	DREES – Données APA ASH	150 000
Personnes handicapées	INS HEA – GEVA-Sco	225 754
Axe 3 – Aides techniques		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ANR – Appel à projets : TecSan 2012	2 080 000

d'autonomie	
Description du projet	
	Réalisation de supports pour transmettre les apports des travaux effectués dans le cadre de l'appel à projets MIRE DREES CNSA sur le handicap psychique.
	Projet devant fournir des pistes pour les actions de santé qui visent à augmenter l'espérance de vie sans incapacité (EVSII).
	Financement de la vague 5 de l'enquête européenne SHARE, sur la santé, le vieillissement et la retraite.
	<p>Projets retenus dans le cadre de la première session de l'appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » :</p> <p>Projets de recherche exploitant des bases de données existantes</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Arnaud Catherine : Les enfants en situation de handicap en France : données de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages 2008. Choix et opérationnalisation d'une définition ; handicap de l'enfant et situation d'emploi des mères.</li><li>- Carole Peintre : Les personnes en situation complexe de handicap accompagnées par les structures médico-sociales françaises : polyhandicap, autisme, surdi-cécité et traumatisme crânien (à partir de l'enquête ES 2010).</li><li>- Catherine Sermet : Inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap.</li></ul> <p>Soutien de projets de recherche intégrant un doctorant ou un post-doctorant</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vincent Caradec : Les nouveaux dispositifs d'accompagnement des travailleurs handicapés. Intentions politiques, mises en œuvre institutionnelles et usages profanes.</li><li>- Pascale Pradat-Diehl : Exploration des effets d'un programme de réadaptation visant l'amélioration des activités et la participation des personnes cérébrolésées.</li><li>- Karine Pérès : L'épidémiologie de la dépendance du sujet âgé : de l'approche descriptive (état des lieux et projections) à l'approche analytique, notamment dans le contexte spécifique du processus démentiel.</li><li>- Kurimi Sugita : Les aidants informels : la vie professionnelle et le réseau du care. Comparaison France/Japon.</li><li>- Corinne Grenier : Gouvernance et modèles d'innovation pour une prise en charge innovante des personnes dépendantes.</li></ul>
	<p>Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets 2011 « Santé mentale - prévention - prospective »</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Emmanuelle Cambois : Les inégalités de santé entre hommes et femmes : regards croisés sur des facteurs familiaux, professionnels et de santé.</li><li>- Geneviève Imbert : Colloque « Prévention et vieillissement : modèles, expérimentations et mise en œuvre ».</li><li>- Marc Bessin : Réseau des jeunes chercheurs santé et société (Réseau Santé Société).</li></ul>
	Bilan des connaissances sur différents aspects concernant l'évaluation et la prise en charge des personnes atteintes de déficience intellectuelle.
	Produire des outils quantitatifs, bases de données et analyses statistiques pouvant contribuer à la définition d'une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie.
	Ce guide a comme objectif d'aider les professionnels mais aussi toutes les personnes en contact avec des sujets atteints de la pathologie de Prader Willi à comprendre cette maladie pour mieux accompagner.
	Étude qualitative sur le parcours de vie des enfants présentant un handicap rare, à partir de deux registres de handicap de l'enfant.

Description du projet	
	Mise en œuvre de l'opération statistique de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).
	Évaluation de l'utilisation du GEVA-Sco et de son impact, pour l'évaluation des besoins chez les enfants d'âge scolaire en situation de handicap et l'accompagnement.

Description du projet	
	<p>Appel à projets « Technologie pour la santé (TecSan) » 2012.</p> <p>EOL : Eye On-Line : Poursuite dirigée pour écrire avec le regard.</p> <p>TROUVE : Technologie de recherche des objets usuels sur le lieu de vie.</p> <p>VHIPOD : Véhicule individuel de transport en station debout auto-équilibré pour personne handicapée avec aide à la verticalisation.</p> <p>MAAMI : Maladie d'Alzheimer et apprentissage moteur implicite.</p>

Axe 4 – Aidants professionnels et informels		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	Université Paris-Dauphine – Aidant d'un patient jeune avec handicap neurologique sévère	88 605

Axe 5 – Formules d’organisation innovante dans l’accompagnement médico-social de la perte d’autonomie sur		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	PRO BTP – Plateforme Vacances répit familles	300 000

Axe 6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	EHPAD Le Creusot – Étude-action Alzheimer DGCS-Le Creusot	25 000
Personnes âgées	EHPAD Le Hameau de la Pelou – Étude-action Alzheimer DGCS-CREON	25 000
Personnes âgées	EHPAD Les jardins de Sido – Étude-action Alzheimer DGCS-Les jardins de Sido	24 750
Personnes âgées	FRRA – Étude action Alzheimer DGCS-FRRA	25 000
Personnes âgées	EHPAD La Souvenance – Étude action Alzheimer DGCS-La Souvenance	25 000
Personnes âgées	EHPAD La Pignada – étude action Alzheimer DGCS-La Pignada	17 497
Personnes handicapées	ENSAL - Impact du cadre architectural sur les sujets adultes présentant un TED	141 007

Axe 7 – Contenu de service et mesure de l’efficience et performance des réponses médico-sociales		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	DREES – Enquête MAUVE-AJ-HT	97 000
Personnes âgées	DREES – Tarification des SSIAD	72 288

Axe 8 – Qualité et efficience de l’organisation des dispositifs locaux d’accueil, information, évaluation, orientation		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ODAS – Mise en œuvre des décisions d'allocations en matière d'autonomie par les départements	190 000

Axe 9 – Actions de prévention		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	AIDAPHI – Agir face aux manifestations agressives des jeunes accueillis et bientraitance : huit ITEP du réseau AIRe s'engagent dans une action recherche formation	362 078



Description du projet	
	Recherche qui s'articule autour de l'analyse de 4 pathologies neurologiques majeures où les aidants informels jouent un rôle crucial dans la prise en charge du handicap.

un territoire

Description du projet	
	Mise en place d'une plateforme d'évaluation et d'aide à la préparation des séjours Vacances répit famille et d'information pour toutes formes de répit pour les aidants des personnes âgées et des personnes handicapées.

Description du projet	
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	L'objectif de cette action est de vérifier si les composantes environnementales des nouveaux établissements apportent un gain significatif sur la qualité de vie par un cadre de vie plus adapté aux besoins des personnes avec TED.

Description du projet	
	Remontée de données d'activité des AJ, HT, ESA, PASA et UHR. Enquête sur l'activité des accueils de jour et hébergements temporaires dans le cadre du plan Alzheimer.
	Mise en œuvre des remontées des données financières et d'activité des SSIAD.

des personnes âgées et handicapées

Description du projet	
	Suite aux observations réalisées dans une étude précédente, l'ODAS effectue un travail approfondi sur la mise en œuvre par les départements des deux allocations de soutien à l'autonomie (APA et PCH) dans le cadre du maintien à domicile.

Description du projet	
	Le projet a pour objectif d'améliorer la compétence générale des équipes des ITEP face aux situations de violence et la qualité de l'accompagnement des jeunes et de leur famille par l'organisation de nouvelles formes d'interventions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques.

Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance, fonctions scientifiques		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	ANR – Appel à projets « Assistance à la vie autonome (AAL) 2012 »	1 040 000
Personnes âgées/Personnes handicapées	ANR – Appel à projets « Sociétés innovantes »	250 000
Personnes handicapées	ANR – Appel à projets « Déterminants sociaux de la santé »	263 003
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Benoît EYRAUD – Prix de thèse et de master	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Solène BILLAUD – Prix de thèse 2011	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Cécile MARTIN – Prix de thèse et de master	5 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Laurence GERMANY – Prix de master 2 2011	5 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Marion BLATGE – Prix de thèse et de master	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Yohann GUERRIER – Prix de thèse et de master	5 000
Personnes handicapées	FAGERH – Journées d’études sur l’évaluation, l’orientation, l’élaboration de projet professionnel	10 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM – Appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » session 2	415 126
Personnes handicapées	INSERM – Avenant 3 appel à projets « Handicaps rares »	479 136
Personnes handicapées	CIEDEL – Participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance locale	9 500
Personnes âgées/ Personnes handicapées	PTOLÉMÉE Sarl – 2 <sup>es</sup> rencontres scientifiques	377 000
Personnes âgées	ATEXO – Portail Internet	98 247

## Description du projet

Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets « Assistance à la vie autonome (AAL) 2012 » : – ACCESS : Assisting Carers for Cooperative Services to Seniors – TOPIC : The Online Platform for Informal Caregivers – SONOPA : SOcial Networks for Older adults to Promote an Active life – MOTION : Remote Home-Physical Training for Seniors – Care4balance : Care for balancing informal care delivery through on-demand multi-stakeholder service design – MEDiATE : Collaborative and interMEdiating solution for managing Daily Activities for The Elderly at home – NITICS : Networked InfrasTructure for Innovative home Care Solutions.
Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets 2012 « Sociétés innovantes » : – ART-ADN : Accès par retour tactile-oral aux documents numériques – LISOHASIF 2030 « lien social, habitat, situation de fragilité » / La place des personnes âgées en situation de fragilité dans la ville créative en 2030 : comment l'habitat peut-il réduire les situations de fragilité et renforcer le lien social ?
Projet retenu dans le cadre de l'appel à projets 2012 « Déterminants sociaux de la santé » : – DYSEDEN : Déterminants sociaux des troubles psychologiques et des apprentissages chez les enfants d'âge scolaire.
Prix de thèse : « Les protections de la personne à demi capable. Suivis ethnographiques d'une autonomie scindée ».
Prix de thèse : « Partager avec l'héritage, financer l'hébergement en institution, enjeux économiques et mobilisations familiales autour des personnes âgées des classes populaires ».
Prix de master : « Capacité d'accueil, efficacité et qualité de soins. Réflexions sur l'organisation de l'offre de soins de long terme en France ».
Prix de master : « Analyse de l'évolution de la prévalence et des étiologies des paralysies cérébrales post-néonatales en Europe entre 1976 et 1998 ».
Prix de thèse : « Apprendre le handicap visuel. La prise en charge des personnes déficientes visuelles par des institutions spécialisées ».
Prix de master : « Analyse, conception, réalisation et test de clavier virtuel pour la saisie de texte, application au domaine du handicap ».
Journées destinées aux professionnels de la réadaptation professionnelle et aux référents insertion professionnelle des MDPH.
Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets de la session n° 2 de l'appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » : – Organisation de séminaire : Vincent Caradec : « Le handicap : trajectoires individuelles, logiques sociales » – Aide au montage de projets et de réseaux : Bernard Pachoud : Étude des pratiques d'accompagnement à la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique au sein d'établissements de « transition par le travail ». Soutien de projets de recherche intégrant un doctorant ou un post-doctorant : – Yannick Courbois : Transition à l'adolescence : effet du changement d'environnement sur l'autodétermination et l'adaptation comportementale de jeunes avec une déficience intellectuelle. – Emmanuelle Godeau : Santé, comportements de santé et vécu à l'école des élèves en situation de handicap : déclinaisons de l'enquête HBSC France. – Chantal Zaouche-Gaudron : Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance.
Financement des projets de recherche sélectionnés dans le cadre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 au titre de l'année 2011.
Étude sur la participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance locale : comment mesurer l'impact des stratégies de développement local inclusif ?
Organisation et médiatisation des 2 <sup>es</sup> rencontres scientifiques de la CNSA.
Étude de la faisabilité d'un portail public d'information des services pour personnes âgées.

