



RAPPORT 2016

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie



Les textes du rapport de la CNSA ont été approuvés par son Conseil le 20 avril 2017.

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

Les professionnels, résidents, usagers, responsables, bénévoles et aidants du bistrot mémoire de Rennes (Ille-et-Vilaine), de la maison départementale des personnes handicapées de l'Ille-et-Vilaine, de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Le Village des Aubépins (Seine-Maritime), de la résidence Quintinie et Procession (Paris), de la maison d'accueil spécialisée École de la vie autonome (Meurthe-et-Moselle), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile de Sartrouville gérés par la Croix-Rouge française (Yvelines) et de l'établissement et service d'aide par le travail Le Colibri (Paris).

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

Direction de la publication : Geneviève Gueydan

Rédaction : Frédérique Barbut

Coordination : Florence Condroyer, Carole Jankowski et Jessie Magana

Conception graphique : MKTG

Photos : Didier Gauduchea, Alexandra Lebon, Bénédite Topuz pour la CNSA

www.cnsa.fr

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

Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens Cedex

Date de parution : juillet 2017

Dépôt légal : juillet 2017

ISSN : 2266-7326

RAPPORT 2016
Caisse nationale
de solidarité
pour l'autonomie

Éditorial



“ La conception des politiques de l'autonomie que la CNSA porte avec ses partenaires institutionnels et sociaux, associations et fédérations, place la personne au centre, pour une réponse à ses besoins globale, articulée et aussi inclusive que possible. ”

Signature de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA pour 2016-2019, qui donne une feuille de route ambitieuse à la CNSA ; première année de la mise en œuvre de la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV), contribution active à la préparation des travaux de la Conférence nationale du handicap (CNH) et du Comité interministériel du handicap (CIH), production du tronc commun du système d'information (SI) commun des MDPH, mise en ligne des tarifs des EHPAD, conclusion des conventions CNSA-départements 2017-2019 après cent cinq rendez-vous avec les collectivités concernées, quatrièmes Rencontres scientifiques de la CNSA avec six cents participants : l'année 2016 a été particulièrement riche.

Le rapport d'activité 2016 témoigne de l'évolution de la CNSA, dans un contexte de politiques de l'autonomie elles aussi en pleine évolution. Trois mots-clés qualifient ces changements importants.

Élargissement, d'abord, du champ d'intervention de la CNSA lié à la loi ASV, en termes d'animation de réseau et de financement. Ainsi, la CNSA a accompagné la généralisation des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie à l'ensemble des territoires. Elle est désormais en lien avec les équipes médico-sociales des départements, après avoir produit le nouveau référentiel d'évaluation multidimensionnel des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, qui constitue le premier outil d'harmonisation de leurs pratiques. Le soutien de l'accompagnement des aidants s'est élargi et structuré. La nouvelle version du portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr introduit plus de transparence sur les prix et prestations des EHPAD.

Décloisonnement, ensuite, des politiques publiques, des réponses aux personnes et donc de l'action de la CNSA. La « Réponse accompagnée pour tous », l'informatisation du suivi des orientations et aussi la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, avec ses volets spécifiques sur le polyhandicap et sur le handicap psychique, concernent autant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les agences régionales de santé (ARS), les départements que les établissements et services. Et la CNSA pratique une animation de plus en plus croisée de ces différents réseaux, en développant de nouveaux modes d'échange à distance ou au contraire, dans les régions.

Approfondissement, enfin : par-delà les outils « traditionnels » d'appui à l'harmonisation des pratiques (et l'année 2016 a été fertile en production de guides à l'attention des MDPH et de leurs partenaires), ont été solidement posées en 2016 les bases du chantier majeur que constitue le SI commun des MDPH (mise en place de la gouvernance et de l'équipe projet, production du tronc commun et des référentiels fonctionnel et technique). La CNSA a également activement contribué à l'avancement des chantiers des réformes tarifaires du secteur médico-social, dans le champ des EHPAD comme du handicap avec SERAFIN-PH. Elle a aussi monté un dispositif de contractualisation avec les départements pour accompagner les « bonnes pratiques dans le secteur de l'aide à domicile ». La CNSA a également contribué à l'élaboration de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer.

Les réformes importantes en cours de déploiement supposent une appropriation progressive de toutes les parties prenantes, à laquelle la CNSA apporte son appui sous différentes formes, en cours de renouvellement. L'appui à la recherche et aux actions innovantes a également un rôle important à jouer pour éclairer le chemin.

Tous ces chantiers phares ne doivent pas masquer l'étendue de l'action récurrente et quotidienne de la CNSA, en matière de pilotage budgétaire, d'animation technique de réseaux, de gestion interne (avec notamment le déploiement en 2016 de la gestion budgétaire et comptable publique).

Sans l'implication forte et constante de ses partenaires et des équipes de la CNSA, nous ne pourrions présenter un tel bilan. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

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



SOMMAIRE

01

INTRODUCTION

- 8 1.1 Quatre grandes missions pour l'autonomie
- 10 1.2 Panorama – Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

02

GOUVERNANCE

- 14 2.1 Le Conseil de la CNSA, une instance originale
- 17 2.2 Le Conseil scientifique
- 18 2.3 Les équipes de la CNSA
- 21 2.4 Les partenaires et les relais territoriaux

03

BUDGET

- 28 La structure de financement et le budget exécuté en 2016

04

ACTIVITÉ

- 38 4.1 Les grands chantiers de la CNSA en 2016
- 40 4.2 Les parcours
- 52 4.3 La transformation et l'évolution de l'offre
- 62 4.4 L'animation, l'appui et les partenariats pour la compensation individuelle
- 72 4.5 Le soutien à la recherche et à l'innovation
- 78 4.6 La communication aux acteurs et au grand public

81

GLOSSAIRE

COG

Les balises COG renvoient aux objectifs prioritaires de la convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 liant la CNSA à l'État.



1

INTRODUCTION

8 | 1.1 Quatre grandes missions pour l'autonomie

**10 | 1.2 Panorama – Les chiffres clés de l'aide
à l'autonomie**

1.1 | Quatre grandes missions pour l'autonomie

Établissement public de l'État, la CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ses missions ont été depuis étendues, en particulier par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées puis par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). À la fois caisse, agence d'appui technique et espace public d'échanges, elle exerce ses missions en partenariat étroit avec les acteurs nationaux et locaux de l'aide à l'autonomie. Elle met son expertise au service des réseaux qu'elle anime et des professionnels du secteur médico-social. Son budget 2017 s'élève à 25,5 Md€.

1. Contribuer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

En tant que caisse, la CNSA contribue au financement de l'aide à l'autonomie en :

- allouant des crédits aux dix-sept agences régionales de santé (ARS) chargées de les répartir dans leurs régions entre les différents établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées afin d'assurer leur fonctionnement et de les aider à se moderniser ;
- allouant des concours financiers aux départements, en charge de l'attribution des aides financières aux personnes âgées vivant à domicile ou en établissement (allocation personnalisée d'autonomie – APA) et aux personnes handicapées vivant principalement à domicile (prestation de compensation du handicap – PCH). Depuis la loi ASV, elle verse également un concours aux départements pour le financement d'actions de prévention individuelles ou collectives ;
- allouant des fonds aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour contribuer à leur fonctionnement.

Pour suivre rigoureusement les dépenses, la CNSA doit disposer d'outils de pilotage robustes. Elle mène des chantiers conséquents de déploiement de systèmes d'information en lien

avec les ARS et les MDPH pour faciliter leur gestion et leur pilotage.

2. Contribuer à l'égalité de traitement sur tout le territoire national, quel que soit l'âge de la personne ou l'origine du handicap

La CNSA favorise l'harmonisation des pratiques sur le territoire national en apportant :

- un appui technique aux réseaux sur le terrain ;
- un soutien technique et juridique aux professionnels des ARS, des MDPH, aux équipes médico-sociales des départements en charge de l'évaluation de l'APA, aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Pour garantir un bon accompagnement des personnes en perte d'autonomie sur le territoire national, la CNSA contribue au développement des réponses médico-sociales et assure le pilotage et le suivi :

- des plans de création de places dans les établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- de la mise en œuvre des plans nationaux Autisme, Handicaps rares et Maladies neurodégénératives ;
- du déploiement sur le territoire de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

(MAIA) dont l'objectif est de favoriser une meilleure articulation des différents intervenants au service des personnes âgées.

La CNSA apporte également son appui aux acteurs impliqués dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'objectif de la démarche est d'éviter les ruptures de parcours et les prises en charge inadaptées aux besoins des personnes.

3. Informer les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches

C'est une nouvelle mission confiée à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La CNSA met à disposition des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches

des informations sur les aides disponibles et les solutions d'accompagnement sur le portail Internet d'information et d'orientation pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

4. Soutenir la recherche et l'innovation

La CNSA soutient l'innovation et la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie en lançant des appels à projets de recherche et des appels à projets innovants sur des thématiques ciblées, par exemple l'accès à des loisirs choisis ou l'aide aux aidants.

Tous les deux ans, la CNSA organise des rencontres scientifiques qui traitent d'un thème important pour les politiques du handicap et de la perte d'autonomie en l'abordant par le prisme de travaux scientifiques.

COG



► Bilan à un an de la convention d'objectifs et de gestion 2016-2019

La convention d'objectifs et de gestion (COG) qui lie la CNSA et l'État pour quatre ans définit sa feuille de route et les moyens qui lui sont alloués pour réaliser ce programme de travail.

La COG 2016-2019 s'articule autour de cinq axes stratégiques :

- éclairer les besoins pour adapter les réponses individuelles et collectives ;
- améliorer l'accès aux droits dans le cadre d'une réponse accompagnée ;
- construire des réponses adaptées et efficientes dans une logique de parcours ;
- garantir une gestion équitable et performante des financements versés aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense ;
- améliorer le fonctionnement et l'intervention de la CNSA.

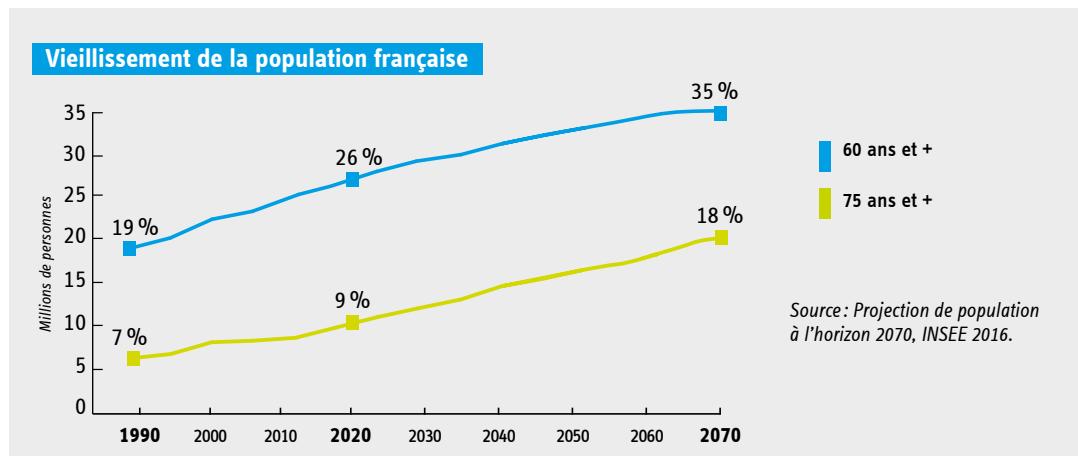
Elle concentre un grand nombre d'actions sur le début de période, avec des chantiers très structurants pour le secteur médico-social, comme la mise en œuvre de la loi ASV, le premier déploiement d'« Une réponse accompagnée pour tous », la préparation des réformes tarifaires ou encore le système d'information commun des MDPH (SI MDPH).

La première année de mise en œuvre de la COG se caractérise par le respect des objectifs fixés, auxquels se sont ajoutés des projets hors COG (cf. fonds d'appui aux bonnes pratiques).

La trajectoire de réduction sur les frais courants de gestion a été respectée et les renforts humains accordés en lien avec le programme du SI MDPH ont pu être progressivement mis en place.

1.2 | Panorama - 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 d'habitants. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions de personnes, soit plus de 11 % de l'ensemble de la population contre 5 % aujourd'hui.



Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 2000 et 2016



N.B. : En 2016, l'espérance de vie à la naissance est de 79,3 ans pour les hommes et de 85,4 ans pour les femmes.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2017.

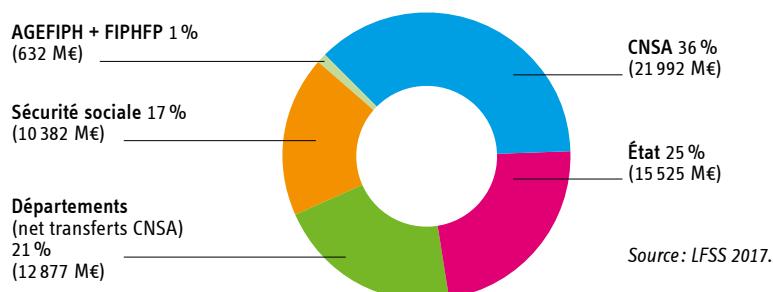
+ 63 %

C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2016 pour atteindre 17,9 Md€ (progression de l'ONDAM global : 28,8 %).

25,5 Md€

C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2017, soit + 79,9 % depuis 2006.

Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2015 : 61,4 milliards d'euros



600 417

C'est le nombre global de places pour personnes âgées dépendantes, y compris en accueil temporaire, dans 7 428 EHPAD en 2016.

Source : DREES - Statiss 2016.

21 741

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

Source : DREES - Statiss 2016.

494 000

C'est le nombre de places en établissements et services pour accompagner les personnes handicapées dont 157 000 places pour les enfants et 337 000 places pour les adultes, en 2016.

Source : DREES - Statiss 2016.

184 000

personnes ont été payées au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) en décembre 2015. Ainsi, 45 % des décisions ont donné lieu à un accord.

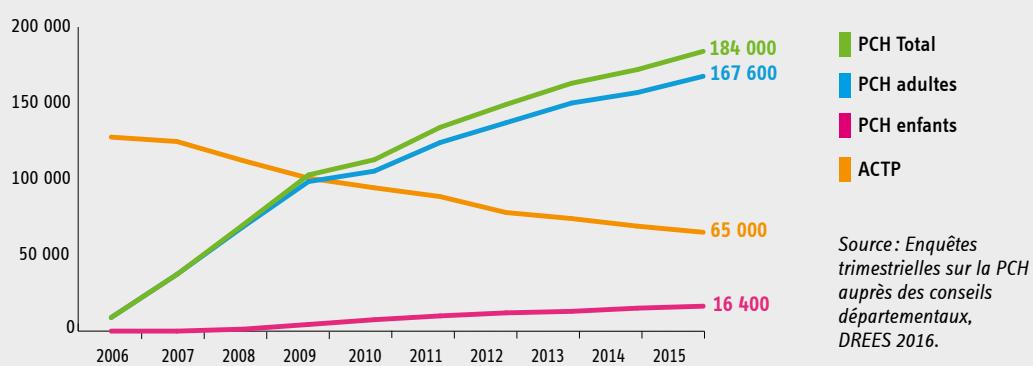
Source : DREES 2016.

1 265 000

C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2015, dont 748 000 à domicile et 517 000 en établissement.

Source : DREES, enquêtes Aide sociale 2015.

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



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



2

GOUVERNANCE

14 | 2.1 Le Conseil de la CNSA, une instance originale

17 | 2.2 Le Conseil scientifique

18 | 2.3 Les équipes de la CNSA

21 | 2.4 Les partenaires et les relais territoriaux

2.1 | Le Conseil de la CNSA, une instance originale

Deux spécificités de son Conseil confèrent à la CNSA un mode de gouvernance original : sa composition plurielle et la pondération des votes en son sein.

En tant qu'organe de gouvernance classique, le Conseil arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la CNSA. Par sa composition originale, il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects des politiques d'aide à l'autonomie. Le Conseil réunit en effet des représentants de tous les acteurs concernés par les politiques de l'autonomie :

associations, partenaires sociaux, départements, centres communaux d'action sociale, fédérations, État, parlementaires et personnalités qualifiées. Conformément à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), il a été élargi en 2016 aux caisses de sécurité sociale (CNAMTS, CNAV, RSI¹) et à la FEGAPEI², et un troisième vice-président a été élu parmi les représentants des conseils

départementaux. Il est composé de cinquante-deux membres.

Échanges et débats prennent notamment forme dans le rapport de prospective dressé par le Conseil.

Au sein du Conseil, l'État ne dispose pas de la majorité. Cette pondération des votes reflète la volonté de partager la mise en œuvre de la politique d'aide à l'autonomie avec tous les acteurs concernés.

La composition du Conseil au 31 mars 2017

1 présidente



Paulette Guinchard

Ancienne députée et secrétaire d'État chargée des personnes âgées

3 vice-présidents



Jean-Louis Garcia

Élu respectivement parmi les représentants des associations de personnes handicapées, des associations de personnes âgées et des conseils départementaux.



Sylvain Denis



Gérard Deriot

6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées

Jean-Louis Garcia

Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)

Suppléante : Régine Clément

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

Alain Rochon

Association des paralysés de France (APF)

Suppléante : Mathilde Fuchs

Coordination handicap et autonomie (CHA)

Béatrice Borrel

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

Suppléant : Bernard Laferrière

Fédération des associations, groupements et établissements pour

la réadaptation des personnes en situation de handicap (FAGERH)

Luc Gateau

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

Suppléante : Danièle Langloys

Autisme France

1. CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; CNAV : Caisse nationale de l'assurance vieillesse ; RSI : Régime social des indépendants.

2. FEGAPEI : Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles, devenue NEXEM au 1^{er} janvier 2017.

Christophe Duguet

Association française contre les myopathies (AFM)

Suppléant : Vincent Michel

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

Arnaud de Broca

Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)

Suppléant : Didier Voïta

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

6 représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées

Sylvain Denis

Fédération nationale des associations de retraités et préretraités (FNAR)

Suppléant : Pierre Erbs

Générations Mouvement – fédération nationale

Pascal Champvert

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

Suppléant : Didier Sapy

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

Guillaume Quercy

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

Suppléant : Thierry d'Aboville

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

Benoît Jayez

Union confédérale Force ouvrière des retraités et des préretraités

Suppléant : François Ferraguti

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

Joël Jaouen

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

Suppléant : Jean de Gaullier

Fédération nationale Adessadomicile

Serge Reingewirtz

Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)

Suppléant : Claudy Jarry

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

6 représentants des conseils départementaux désignés par l'Assemblée des départements de France

Gérard Deriot

Sénateur, président du conseil départemental de l'Allier

Suppléante : Geneviève Mannarino

Vice-présidente du conseil départemental du Nord

Bérengère Poletti

Vice-présidente du conseil départemental des Ardennes

Suppléante : Agnès Chantereau

Conseillère départementale du Loiret

Christian Gillet

Président du conseil départemental du Maine-et-Loire

Suppléante : Sylvie Lachaize

Vice-présidente du conseil départemental du Cantal

Jean-Pierre Marcon

Président du conseil départemental de la Haute-Loire

Suppléant : Bernard de La Hamayde

Vice-président du conseil départemental de l'Aube

Pierre Camani

Président du conseil départemental du Lot-et-Garonne

Suppléante : Magalie Thibault

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

Michel Dagbert

Président du conseil départemental du Pas-de-Calais

Suppléant : Pascal Terrasse

Député, conseiller départemental de l'Ardèche

5 représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national

Confédération générale du travail (CGT)

Titulaire : Sylviane Spique

Suppléante : Solange Fasoli

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Titulaire : Jean-François Cimetière

Suppléante : Martine Déchamp

Force ouvrière (FO)

Titulaire : Philippe Pihet

Suppléant : Paul Virey

Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Titulaire : Jacques Doury

Suppléant : en attente de désignation

Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Titulaire : Patrice Malleron

Suppléant : Jean-Baptiste Plarier

3 représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives

Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Titulaire : Olivier Perald

Suppléant : en attente de désignation

Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

Titulaire : Franck Nataf

Suppléant : Antoine Fraysse

Union des entreprises de proximité (U2P – anciennement UPA)

Titulaire : Jean-Louis Maître

Suppléante : Anne Novak-André

10 représentants de l'État

Jean-Philippe Vinquant

Directeur général de la cohésion sociale

Thomas Fatome

Directeur de la sécurité sociale

Amélie Verdier

Directrice du budget

Florence Robine

Directrice générale de l'enseignement scolaire

Carine Chevrier

Déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Anne-Marie Armanteras de Saxed

Directrice générale de l'organisation des soins

Benoît Vallet

Directeur général de la santé

Pierre Ricordeau

Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Bruno Delsol

Directeur général des collectivités locales

Étienne Petitmengin

Secrétaire général du Comité interministériel du handicap

2 parlementaires

Joëlle Huillier

Députée de l'Isère

René-Paul Savary

Sénateur de la Marne

8 représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Titulaire : Isabelle Musseau-Aubry

Suppléante : Guénaëlle Haumesser

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

Titulaire : Johan Priou

Suppléante : Caroline Selva

Fédération hospitalière de France (FHF)

Titulaire : Annie Lelièvre

Suppléante : Helen de Balbine

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

Titulaire : Julien Moreau

Suppléant : David Causse

Mutualité sociale agricole (MSA)

Titulaire : Pascal Cormery

Suppléant : Thierry Manten

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

Titulaire : Florence Arnaiz-Maumé

Suppléant : Éric Fregona

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI, devenue NEXEM au 1^{er} janvier 2017)

Titulaire : Guy Hagège

Suppléant : Stéphane Racz

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

Titulaire : Joëlle Martinaux

Suppléante : Hélène-Sophie Mesnage

3 personnalités qualifiées

Paulette Guinchard

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

Pénélope Komitès

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

Serge Guérin

Professeur à l'Institut des hautes études économiques et commerciales (INSEEC), directeur du diplôme « Directeur des établissements de gestion santé », enseignant en master Politiques gérontologiques, Sciences Po Paris

3 directeurs généraux des organismes de sécurité sociale suivants ou leur représentant

Nicolas Revel

Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMETS)

Renaud Villard

Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

Stéphane Seiller

Directeur général du Régime social des indépendants (RSI)

2.2 | Le Conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA est chargé de formuler des avis sur les questions d'ordre scientifique ou technique dont il est saisi par la directrice. Il a un rôle d'orientation de l'action scientifique de la CNSA. Il apporte son expertise à la direction de la CNSA sur les sujets qui relèvent de son champ de compétences. Il se réunit deux fois par an.

La composition du Conseil scientifique

Vingt-deux membres.

1 présidente

Marie-Ève Joël

1 vice-président

Jean-Yves Barreyre

12 experts dans le domaine de compétence de la CNSA

Marie-Ève Joël

Professeure émérite de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine

Jean-Yves Barreyre

Sociologue

Dominique Argoud

Doyen de faculté, maître de conférences à l'université Paris-Est Créteil

Amaria Baghdadli

PU-PH, responsable du département universitaire de pédopsychiatrie et du centre de ressources autisme du CHU de Montpellier

Sylvie Bonin Guillaume

PU-PH de gériatrie, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, université d'Aix-Marseille

Christine Cans

Médecin épidémiologiste, affiliée au registre des handicaps de l'enfant de l'Isère

Anne Caron-Déglise

Magistrate, présidente de chambre à la cour d'appel de Versailles et déléguée protection des personnes

Pierre-Marie Chapon

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

Alain Grand

PU-PH, chercheur en santé publique, épidémiologie et sociologie du vieillissement, CHU de Toulouse

Alain Leplège

Professeur, département Histoire et philosophie des sciences, université Paris 7 - Denis Diderot, membre du laboratoire SPHERE, responsable de l'axe Santé perçue, maladies chroniques et handicaps

Régine Scelles

Professeure de psychopathologie, université Paris-Ouest, déléguée scientifique du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)

Hélène Xuan

Économiste, déléguée générale de la chaire Transitions démographiques, transitions économiques

10 membres représentant un ministère ou un organisme

Patrick Aubert

Sous-directeur chargé de l'Observation de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ministère de la Santé

Meriam Barhoumi

Adjointe au chef de département Métiers et qualifications, représentant la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), ministère chargé du Travail

Martine Bungener

Directrice de recherche CNRS émérite, représentant le CNRS

Emmanuelle Cambois

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

Didier Charlanne

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

Juliette da Costa Moreira

Direction générale de l'enseignement scolaire, représentant le ministère de l'Éducation nationale

Régis Gonthier

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

Benoit Lavallart

Représentant la Direction pour la stratégie, la recherche et l'innovation (DGRI), ministère chargé de la Recherche

Jacques Pelissier

PU-PH de médecine physique et de réadaptation à l'université de Montpellier, Coordination régionale Occitanie orientation parcours de soin, représentant la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

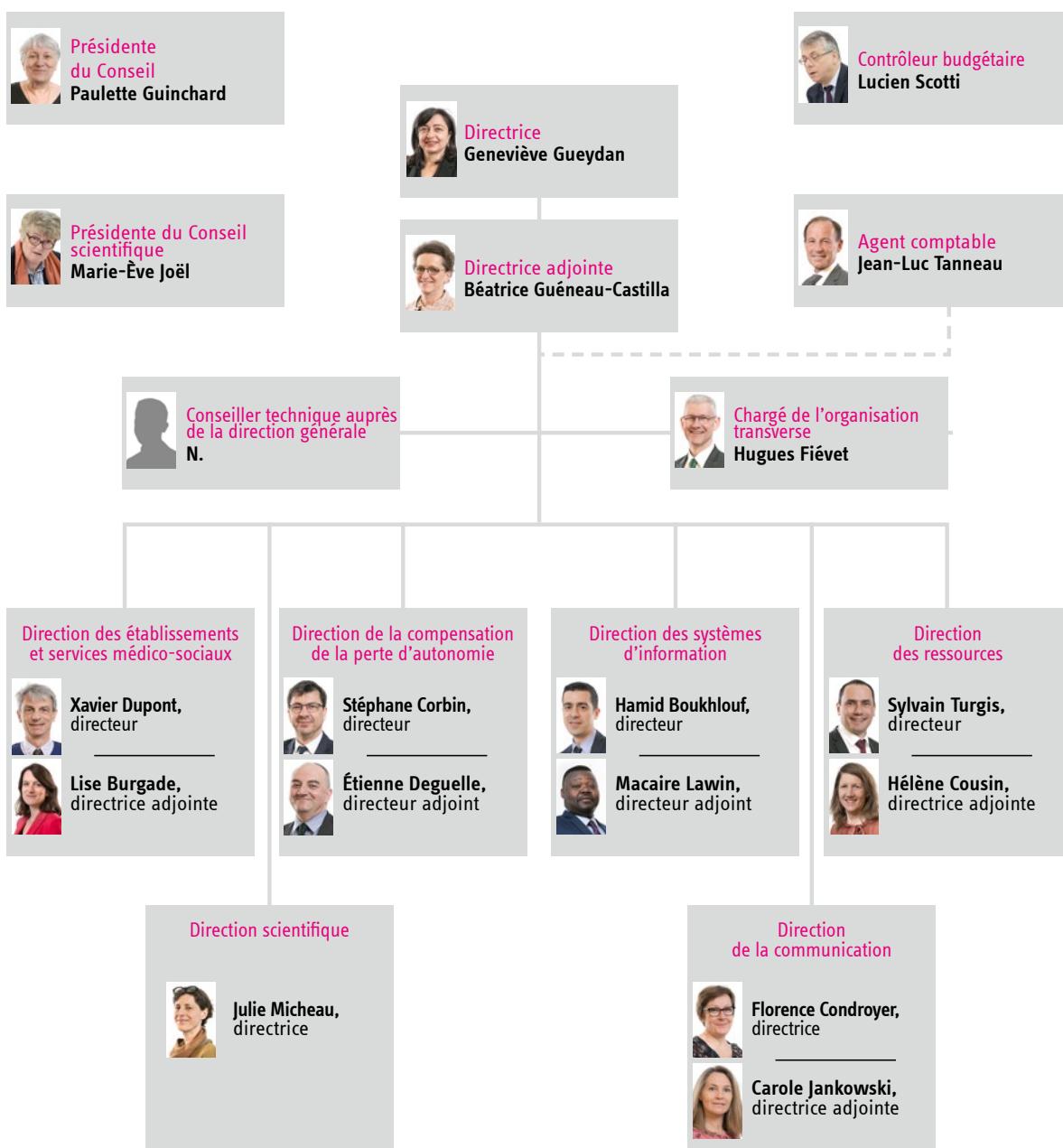
Isabelle Ville

Directrice de recherche au laboratoire INSERM-CERMES3, directrice du programme Handicaps et sociétés à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), représentant l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

2.3 | Les équipes de la CNSA

La diversité caractérise les équipes de la CNSA, constituées de professionnels d'origines variées.

L'organisation de la CNSA (organigramme au 1^{er} juin 2017)



Une équipe constituée de professionnels aux origines variées

Pour l'année 2016, le plafond d'emploi de la CNSA était de 123,2 équivalents temps plein (ETP). Par rapport à 2015, il a été augmenté de quatre ETP dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNSA pour les années 2016 à 2019. Ces quatre créations de poste, dont deux sont positionnés au sein de la direction des systèmes d'information et deux à la direction de la compensation, ont vocation à permettre de mener à bien le projet de système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées (SI MDPH), dont les enjeux sont particulièrement importants pour le secteur.

Au 31 décembre 2016, 120 personnes étaient sous contrat avec la CNSA, dont près de 70 % sous contrat de droit privé relevant de la convention collective UCANSS³ et un peu plus de 30 % sous contrat de droit public, essentiellement des fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, en position de détachement. Quatre agents sont également mis à disposition de la CNSA, dont deux médecins.

La population de la CNSA est très féminine, puisque les femmes représentent 67,5 % de l'effectif, et relativement jeune, la moyenne d'âge étant d'environ 43 ans.

Les personnels de la CNSA, reconnus pour leur expertise dans leurs domaines d'activité, viennent d'horizons très variés : associations et fédérations du secteur, agences nationales (ASIP Santé, ANAP, ANESM⁴, agences sanitaires...), organismes de sécurité sociale ou bien encore du secteur privé.

Les fonctionnaires d'État sont majoritairement issus des corps d'emploi du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Quant aux fonctionnaires territoriaux, ils viennent principalement des conseils départementaux de la couronne parisienne.

À la fin de l'année 2016, la CNSA employait trois travailleurs reconnus handicapés, d'autres perspectives concrètes existant d'ores et déjà pour 2017.

3. UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale.

4. ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé ; ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ; ANESM : Agence nationale de l'évolution et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

TÉMOIGNAGES

Daphné Borel

Responsable du pôle SERAFIN-PH⁵, CNSA



Le projet de réforme tarifaire SERAFIN-PH est copiloté par la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). J'interviens en tant que responsable de l'équipe dédiée de la CNSA, en collaboration étroite avec la directrice de projet de la DGCS.

Pour ce projet au long cours, ambitieux et complexe, nous fonctionnons en « mode projet », ce qui implique un management spécifique de l'équipe. Mon rôle est ainsi de garantir le bon déroulement au quotidien des différents chantiers du programme de travail validé chaque année par le comité stratégique présidé par la secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées, en veillant au respect du calendrier.

Nous entretenons en permanence le lien avec l'ensemble des partenaires, à la fois institutionnels et associatifs, qui co-construisent SERAFIN-PH. La dimension exploratoire du projet nous amène également à adapter le programme de travail en fonction des résultats obtenus à chaque étape.



Rémi Mangin

Chargé de mission d'animation de la conférence des financeurs, CNSA



Je suis l'interlocuteur dédié des acteurs locaux, notamment des conseils départementaux, dans la mise en place de la conférence des financeurs. Je les accompagne au quotidien pour en assurer la cohérence avec le nouveau cadre, tant sur le plan de la réglementation que de la doctrine qui s'affine au fur et à mesure. J'assure également les échanges avec nos partenaires nationaux dont les réseaux sont membres des conférences des financeurs.

Ma mission d'animation a pour objectif de créer une dynamique fructueuse d'échanges à tous les niveaux. Par exemple, les réunions interdépartementales ont été l'occasion d'identifier les interrogations et difficultés dans la mise en place de la conférence et d'apporter des éléments d'éclairage et d'appui pour y répondre. Nous sommes aussi sollicités sur des sujets spécifiques, comme les aides techniques.

En organisant des ateliers thématiques, la CNSA apporte son expertise et facilite les échanges entre départements, leur permettant de tester et de dupliquer les pratiques qui fonctionnent. En 2016, le soutien exceptionnel apporté par la CNSA aux conseils départementaux pour le financement des dépenses d'ingénierie et de mise en place des conférences a été un élément de facilitation.



5. SERAFIN-PH : Services et établissements, réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées.

2 | GOUVERNANCE



2.4 | Les partenaires et les relais territoriaux

Originalité par rapport aux caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA n'a pas de réseau territorial propre. Elle intervient en appui aux acteurs locaux, remplaçant auprès d'eux 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 compensation de la perte d'autonomie). Cette organisation unique est une force, même si la CNSA ne maîtrise pas les moyens déployés par ces réseaux dans le cadre de ses missions. Elle tire sa légitimité de son offre de services développée avec et pour les acteurs de terrain.

Les grands chantiers conduits par la CNSA (conférence des financeurs, système d'information des maisons départementales des personnes handicapées – MDPH, « Une réponse accompagnée pour tous »...) impliquent

désormais une animation interdépartementale, et encore plus croisée, des différents réseaux auxquels elle apporte son appui (agences régionales de santé – ARS, MDPH, départements, fédérations d'associations).

Les agences régionales de santé

Les ARS sont le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux et l'allocation des ressources que la CNSA administre au plan national. La CNSA leur délègue la répartition des aides à l'investissement qu'elle finance. Les ARS constituent aussi des relais de terrain pour des actions relatives au soutien du secteur de l'aide à domicile et à sa modernisation dans les départements avec lesquels la CNSA n'a pas signé de convention, au financement des groupements d'entraide mutuelle et au déploiement de MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

Membre du Conseil national de pilotage des ARS, la CNSA leur apporte son appui dans la définition des priorités stratégiques en santé concernant le handicap et la perte d'autonomie.

La réforme territoriale et la reconfiguration des ARS ont eu en 2016 un impact sur les modalités de répartition de l'objectif général des dépenses

et sur les besoins d'appui des équipes qui ont été reconfigurées et, dans certains cas, renouvelées.




FOCUS

► **Le dialogue de gestion avec les ARS**

Les dialogues de gestion avec les ARS sont organisés chaque année à l'issue de la campagne budgétaire, sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). La DGCS y participe.

Les chargés de mission de la CNSA préparent ces réunions, en lien avec leurs correspondants en ARS. Il s'agit notamment de :

- fiabiliser les montants de l'exécution de l'année en cours, en confrontant les données transmises dans l'outil HAPI (allocation des ressources aux établissements) et dans « l'enquête tarifaire », qui permet de suivre la consommation des crédits en trésorerie des ARS et des mesures nouvelles ;
- synthétiser les données de programmation des ouvertures de places pour les cinq prochaines années renseignées dans l'outil SEPIIA et valider que les montants prévus sont couverts par le droit de tirage de chaque ARS et, le cas échéant, la trésorerie qu'elles ont pu gager à cet effet.

Le document synthétique transmis à l'ARS en amont de la réunion est rapidement examiné, de sorte que la réunion est ensuite essentiellement dédiée aux échanges sur la politique régionale qui a été menée, les éventuelles difficultés rencontrées en cours d'année par l'ARS et ses attentes envers la CNSA et la DGCS.

La fiabilisation des données chiffrées repose sur une bonne compréhension des acteurs. Leur validation par la CNSA peut mettre en exergue des difficultés des correspondants des régions lorsque les équipes ont changé. Expliciter l'utilisation des outils peut alors s'avérer nécessaire, en complément des formations régulièrement proposées.

Les conseils départementaux

Les départements sont les acteurs premiers de l'action sociale, en particulier dans le champ de l'aide à l'autonomie. Ils financent des prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie – APA et prestation de compensation du handicap – PCH), qui sont partiellement couvertes par un concours financier de la CNSA, calculé en tenant compte de leurs charges et de leur potentiel fiscal.

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

Conformément à la loi ASV, la CNSA verse depuis 2016 de nouveaux concours dédiés à la prévention de la perte d'autonomie. Ils sont destinés au financement du forfait autonomie des résidences autonomie, ainsi qu'au financement d'actions concernant les aides techniques, les SPASAD⁶ et les autres actions collectives de prévention décidées par les conférences des financeurs. La CNSA soutient la mise en place de ces dernières par un accompagnement régional et national, la création d'outils et de supports favorisant l'échange de bonnes pratiques.

Le versement des concours par la CNSA au conseil départemental est conditionné à la signature d'une convention pluriannuelle.

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

6. SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile.



La tutelle et les partenaires institutionnels

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG). La COG pour la période 2016-2019 a été approuvée par le Conseil de la CNSA le 9 février 2016.

Un comité de suivi réunit la CNSA, les directions d'administration centrale (DGCS, DGOS, DSS, DB, DREES, SGMAS⁷) et le contrôleur budgétaire pour faire le point sur l'avancement des actions. Le Conseil de la CNSA est tenu informé de la mise en œuvre de la COG.

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

- CNAV / CCMSA (Caisse centrale de la mutualité agricole) en cours de renouvellement ;
- Convention financière avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) / 3 décembre 2007 ;
- CNAMTS, renouvelée le 13 octobre 2016 pour la période 2016-2019 ;
- Autres caisses d'assurance maladie (Établissement national des invalides de la Marine, Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, etc.).

► Des partenaires dans le champ médico-social

Depuis leur création, la CNSA est membre du GIP ANESM (2007), des conseils de l'ANAP (2009) et de l'ASIP Santé (2009). Elle contribue aux travaux et au suivi de ces agences et leur apporte un financement.

Le partenariat avec l'ASIP Santé est renforcé dans le cadre des deux chantiers de mise en œuvre du système d'information (SI) commun des MDPH et d'intégration d'un outil d'évaluation multidimensionnelle dans les SI utilisés par les gestionnaires de cas du dispositif MAIA.

La coopération avec l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) est également formalisée, à travers une convention-cadre, pour la préparation et la réalisation d'études et enquêtes nationales de coût.

► Un réseau partenarial dense et dynamique

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

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

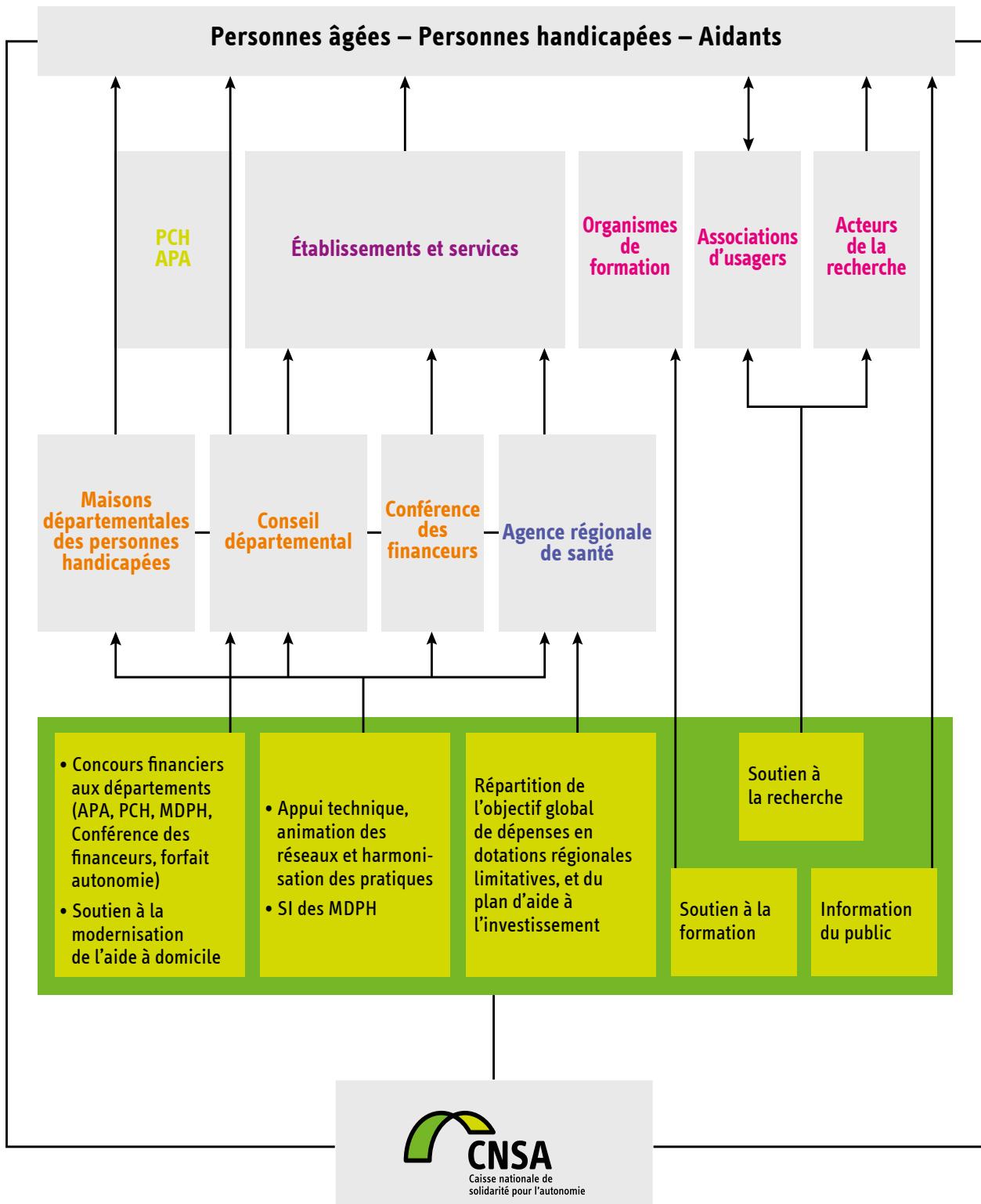
Les autres partenaires du secteur

La CNSA entretient également des relations partenariales avec les associations et fédérations représentatives des personnes handicapées, des personnes âgées et des organismes gestionnaires. Cela se traduit par des conventions (notamment pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile), des subventions accordées à des projets d'études, mais aussi des travaux menés en commun (comme le chantier de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, qui associe largement les acteurs du secteur dans sa gouvernance et ses travaux techniques).

7. DGCS : Direction générale de la cohésion sociale ; DGOS : Direction générale de l'organisation des soins ; DSS : Direction de la sécurité sociale ; DB : Direction du budget ; DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; SGMAS : Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.



▶ Partenaires et relais territoriaux de la CNSA



Les partenaires et les relais territoriaux





CNSA RAPPORT 2016

3

BUDGET

**28 I La structure de financement
et le budget exécuté en 2016**

3 | La structure de financement et le budget exécuté en 2016

D'un montant de 22,6 milliards en 2016, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie du fait du handicap ou de l'âge. L'examen de l'exécution de ce budget par le Conseil de la CNSA permet, en considérant les recettes affectées à la CNSA et les dépenses ainsi financées, d'alimenter le débat public sur tous les aspects de ces politiques.

Les recettes de la CNSA

Les recettes de la CNSA proviennent principalement de deux origines.

■ **La contribution des régimes d'assurance maladie** représente 79 % des ressources de la CNSA et correspond à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (**ONDAM médico-social**), voté dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale. Ce dernier s'est élevé en 2016 à 17 900,1 M€ (arrêté du 27 décembre 2016) soit + 1,1 % par rapport à 2015.

■ **Les recettes propres, affectées par la loi** représentent 21 % des ressources de la CNSA et sont constituées par :

- la **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)** qui s'élève à 2 293 M€ et dont 1 942,5 M€ ont été encaissés sur l'exercice 2016 ;
- la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)** assise sur les revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité) en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013, qui s'établit à 741,9 M€ et dont 619 M€ ont été encaissés en 2016 ;
- une fraction de 1,15 % des **prélèvements sociaux sur les revenus de placement et du patrimoine (PSK)**, en remplacement de la part de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la CNSA jusqu'en 2015 et de la contribution des régimes d'assurance vieillesse. Cette recette se monte à 1 432,5 M€ pour 2016 dont 1 422,2 ont été encaissés sur l'exercice ;

- la **contribution des droits de consommation sur les tabacs (DCT)** – l'arrêté du 30 avril 2015 fixe la répartition de ces droits affectés à la CNSA, d'un montant de 220 M€ dont 179,2 M€ encaissés en 2016.

Au total, **ces recettes, en droits constatés, ont progressé de 1,5 % entre 2015 et 2016**, passant de 22 243,1 M€ à 22 587,5 M€, cela essentiellement grâce à la progression de l'apport des recettes propres de la CNSA s'établissant à 4 687,5 M€ en 2016 contre 4 541,9 M€ en 2015, soit une hausse de 3,2 %.

Il convient de remarquer que ces recettes font l'objet de réductions résultant des frais de collecte prélevés par l'ACOSS⁸ (0,5 %) et de leur non-recouvrement ou risque de non-recouvrement⁹ par l'ACOSS. En 2016, ces frais s'élèvent à 75,6 M€ (contre 51,1 M€ en 2015, cette augmentation résultant particulièrement de frais sur les PSK, recette nouvellement affectée à la CNSA en 2016). Les recettes nettes de la CNSA se portent ainsi à 22 511,9 M€, contre 22 192,0 M€ en 2015, soit une hausse de 1,44 %, légèrement inférieure à celle constatée sur les recettes brutes du fait de la hausse des réductions évoquées précédemment.

8. ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

9. Il s'agit des « atténuations de recettes » représentatives des annulations ou remises de créances, admissions en non-valeur et provisions pour créances douteuses constatées par l'ACOSS.

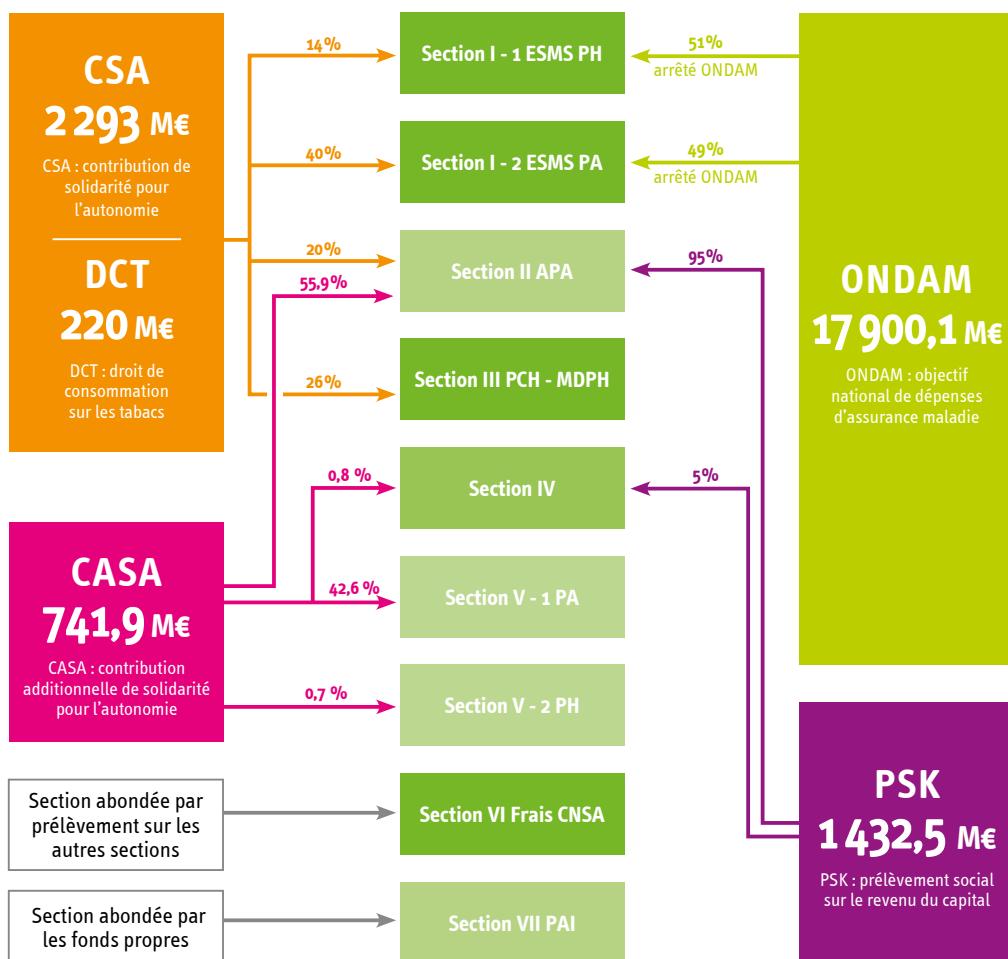
La structure de financement et le budget exécuté en 2016

Par ailleurs, les droits constatés au titre de ces recettes sur l'exercice n'ont pas donné lieu à encaissement intégral au 31 décembre 2016, de même que certaines ont été encaissées en 2016 au titre de droits précédemment constatés en 2015 ou antérieurement. Ainsi, tenant compte de ces décalages potentiels entre droits et encaissements effectifs, les recettes encaissées à ce titre en 2016 s'élèvent à 22 063 M€ en brut et 21 996,3 M€ en net, soit au final seulement 97,4 % des produits nets et 97,7 % par rapport aux produits bruts.

Les recettes de la CNSA sont expressément affectées, par la loi, à des dépenses spécifiques au moyen de leur répartition au sein du budget entre les sections ; les sections permettant de regrouper les différentes actions de la CNSA concourant à la réalisation des politiques publiques qui lui incombent.

La répartition par section des recettes brutes comptabilisées pour l'exercice 2016 est donnée dans le schéma ci-dessous.

► Répartition par section des recettes brutes comptabilisées pour l'exercice 2016



Transferts entre sections et abondement par les fonds propres non retracés sur ce schéma.

PA : personnes âgées ; PH : personnes handicapées.

Il convient de remarquer que la section VI consacrée aux frais de gestion de la CNSA est abondée par prélèvement sur les autres

sections et que la VII dédiée aux plans d'aide à l'investissement est alimentée par prélèvement sur les fonds propres de la CNSA.

3 | BUDGET

Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique la répartition des recettes brutes de 2016 de la CNSA (contribution des régimes d'assurance maladie et recettes propres

affectées) entre les différentes sections, comparativement à 2015. Ces recettes permettent de financer la mise en œuvre des politiques publiques dont est chargée la CNSA.

► Répartition des recettes brutes entre les sections en 2016 comparativement à 2015

Section	Intitulé	Sous-section	Recette	Comptabilité générale en droits constatés (DC)				Comptabilité budgétaire en encassements (2016)	Écart DC - encassements		
				2016		Total 2015	Variation				
				Montant	Total 2016						
I	Financement du fonctionnement des ESMS	1/ personnes handicapées	ONDAM	9 150,00	9 501,82	9 395,86	1,1 %	9 447,04	- 54,78		
			CSA	321,03							
			DCT	30,80							
		2/ personnes âgées	ONDAM	8 750,10	9 755,31	9 637,84	1,2 %	9 598,79	- 156,52		
			CSA	917,22							
			DCT	88,00							
II	Concours aux départements pour le financement de l'APA		PSK	1 360,87	2 278,22	1 808,90	25,9 %	2 121,44	- 156,78		
			CSA	458,61							
			CASA	414,74							
			DCT	44,00							
III	Concours aux départements pour le financement de la PCH et des MDPH		CSA	596,19	653,39	641,57	1,8 %	551,65	- 101,74		
			DCT	57,20							
IV	Financement des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services		PSK	71,62	77,75	64,10	21,3 %	76,25	- 1,50		
			CASA	6,12							
V	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	1/ personnes âgées	CASA	315,91	321,07	-	100 %	267,83	- 53,24		
			CASA	5,16							
ex-V bis	Anticipation de la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement				NA	694,83	- 100 %	NA	NA		
Total des recettes ONDAM et recettes propres				22 587,56	22 243,11	1,5 %	22 063,00	- 524,56			

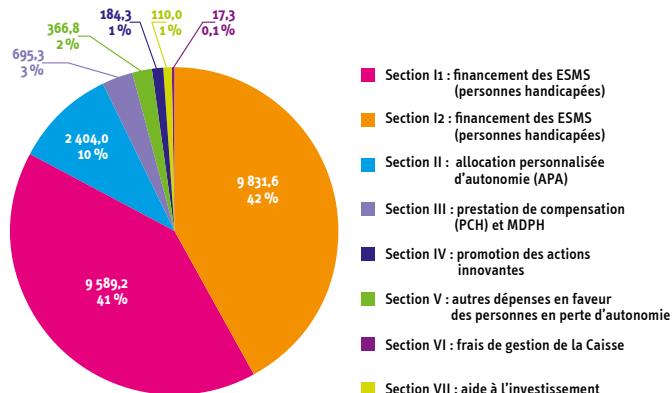
Source : CNSA-DAGF.

Les dépenses financées en 2016

COG | Les charges entre les différentes sections du budget de la CNSA, et donc les différentes

actions qu'elle met en œuvre au profit de l'accompagnement et de la prévention de la perte d'autonomie, se répartissent comme indiqué dans le graphique ci-dessous.

► Répartition par section des charges de la CNSA en M€



Source : CNSA / DAGF.

► Une section I en hausse de 1 % par rapport à l'OGD¹⁰ exécuté 2015

En 2016, les crédits consacrés au financement des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont augmenté de 1 % par rapport à 2015, passant de 19 066,8 M€ à 19 285,8 M€ en 2016. Ils représentent 83 % du budget de la CNSA et se décomposent de la façon suivante :

- pour les personnes handicapées, l'OGD exécuté s'établit à 9 553,9 M€, en hausse de 0,7 % par rapport à celui de 2015 (9 492,2 M€) ;
- pour les personnes âgées, l'OGD exécuté est de 9 731,9 M€ soit une augmentation de 1,6 % par rapport à 2015 (9 574,5 M€).

Les principales autres dépenses au bénéfice des établissements ou services médico-sociaux (section I) sont les suivantes :

- pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées, 30 M€ délégués aux agences régionales de santé (ARS) pour financer « les groupes d'entraide mutuelle » (GEM), 0,6 M€ dédiés au fonctionnement de l'ANESM, 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'ANAP¹¹, financements égaux à ceux de 2015 ;

10. OGD : Objectif global de dépenses.

11. ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

■ pour les établissements et services accueillant des personnes âgées, 85,1 M€ délégués aux ARS pour financer un total de 338 MAIA¹² (contre 238 MAIA financées en 2015 pour un total de 71,1 M€), 1 M€ dédié au fonctionnement de l'ANESM, 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'ANAP et 1,3 M€ pour financer des études de coûts sur les EHPAD¹³ et la reprise des tableaux de bord de l'ANAP auprès de l'ATIH¹⁴ (en augmentation par rapport à 2015, année pour laquelle le financement pour l'ATIH s'élevait à 0,8 M€).

Au total, les dépenses en faveur des ESMS sont en augmentation de 1,2 % et s'établissent à 19 404,8 M€ pour 2016. En tenant compte de la contribution des recettes de cette section aux autres sections du budget de la CNSA, la section I est déficitaire de 197,9 M€ à l'issue de l'exercice 2016 (pour un déficit de 192,4 M€ en 2015), ce qui représente l'apport des fonds propres de la CNSA à l'OGD (comparativement à un apport fixé à 160 M€ en construction initiale pour 2016 et à un apport de 192,4 M€ sur l'exercice 2015, soit une augmentation de 3 %).

12. MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

13. EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

14. ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

► Des concours aux départements, au titre des sections II et III, en progression

Pour 2016, les concours de la CNSA s'établissent comme suit.

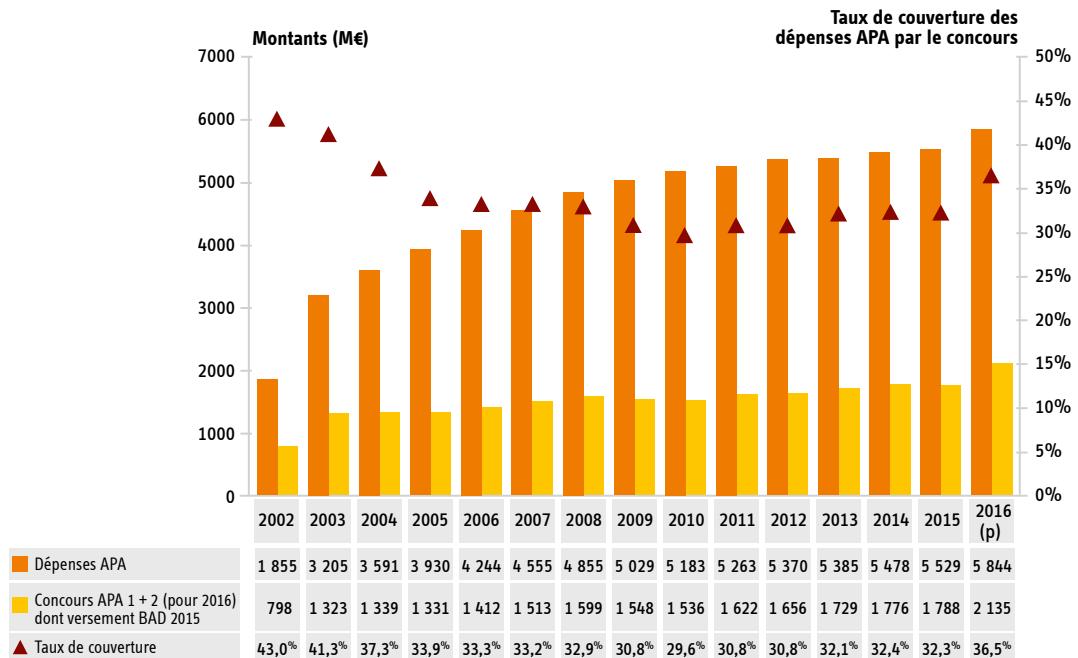
- En section II, le **concours APA 1** (allocation personnalisée d'autonomie) s'établit à **1 828,2 M€** auxquels il convient d'ajouter les **306,7 M€ de concours APA 2**, instauré à compter de 2016 pour compenser la réforme de l'APA et financé par la CASA (montant prévisionnel à ce stade¹⁵), soit un total de **2 134,9 M€ en 2016** contre 1 787,8 M€ en 2015.
- En section III, le **concours PCH** (prestation de compensation du handicap) s'élève à **565,2 M€** contre 554,8 M€ en 2015 et le **concours MDPH** (maisons départementales des personnes handicapées) a été augmenté à **70,8 M€** contre 68,2 M€ en 2015.

Il faut remarquer, au titre de la section II dédiée au concours APA, un **excédent de recette CASA non utilisée pour l'APA 2 d'un montant de 108,1 M€**. Cet écart s'explique par le niveau de la dépense fixé par le décret du 26 février 2016 à 306,7 M€ et tient compte de la montée en charge de la réforme de l'APA pour sa première année d'application.

Le rapport entre les concours de la CNSA alloués aux départements et les dépenses effectivement réalisées par ceux-ci au titre des différentes prestations servies permet de déterminer le taux de couverture. Les dépenses définitives étant connues en juillet N+1, le **taux de couverture** définitif est celui de 2015.

Concernant l'APA, il s'établit, pour 2015 à 32,3 %, en très légère diminution par rapport à l'année précédente (- 0,3 %). Le graphique ci-dessous permet de reconstituer une chronique depuis 2002 (les données 2016 provisoires).

► Allocation personnalisée autonomie



Source : CNSA/DAGF.

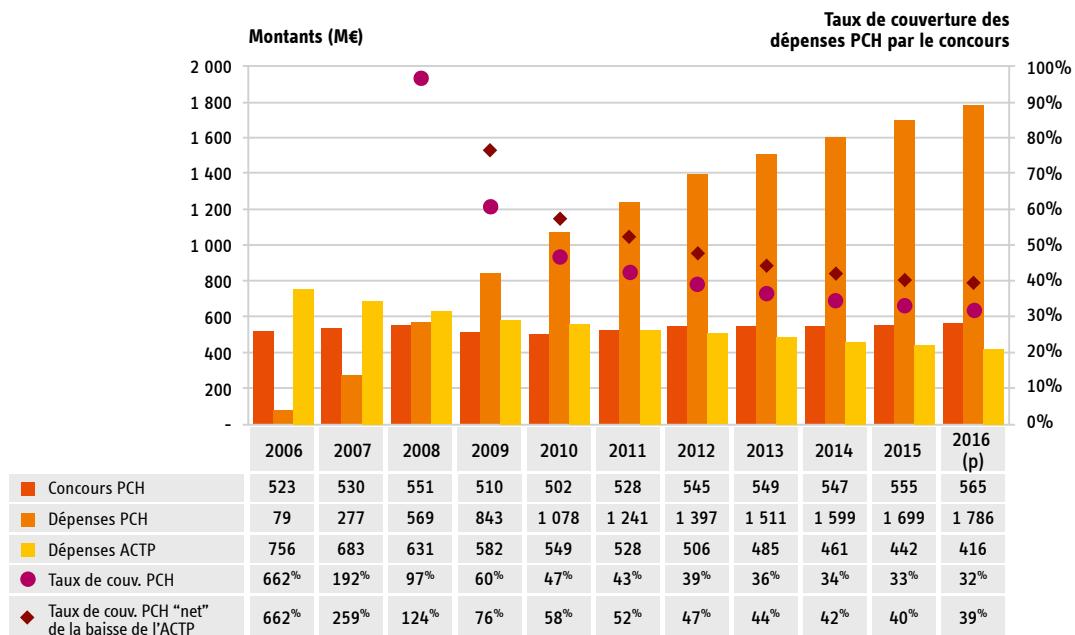
15. Le concours définitif 2016 d'APA 2^e part sera calculé mi-2017 en fonction des dépenses réelles d'APA à domicile des départements.

La structure de financement et le budget exécuté en 2016

Concernant la PCH, le taux de couverture s'élève à 33 % en 2015 (les données 2016 étant également provisoires), contre 34 % en 2014 ;

calculé net de la baisse des dépenses d'ACTP¹⁶, il s'établit à 40 %, contre 42 % précédemment.

► Prestation de compensation du handicap



Source : CNSA/DAGF.

► Une exécution de la section IV avec un déficit accru résultant de la remise à plat des engagements antérieurs à 2016

Les dépenses relatives à la section IV concernent la promotion des actions innovantes, la formation des aidants et accueillants familiaux et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes en perte d'autonomie.

Sur 2016, elles se portent à 68,3 M€ en termes d'engagements et à 68,1 M€ s'agissant des décaissements intervenus sur l'exercice.

La section IV porte le financement du fonds de restructuration de l'aide à domicile (FRAD) 2015-2016 qui s'est élevé à 25 M€ (engagé fin 2015), et est mis en œuvre par les ARS.

La majeure partie des dépenses de la section est constituée des subventions accordées par la CNSA au moyen de conventions conclues avec différents partenaires dans les champs de la modernisation de l'aide à domicile, de l'aide aux aidants et de la formation des professionnels : départements, opérateurs

nationaux de la formation (OPCA¹⁷), têtes de réseau et grandes associations. Celles-ci s'élèvent à 63,3 M€ d'engagements dont près de 12 M€ sont décaissés dès 2016, le dénouement financier de ces engagements 2016 s'échelonnant jusqu'en 2021, dont 38 % prévus sur 2017 et 18 % sur 2018. Par ailleurs, 26 M€ ont été décaissés en 2016 au titre des engagements pris sur les exercices antérieurs.

D'un point de vue comptable, il est important de noter l'impact sur le résultat de la section IV des provisions enregistrées sur l'exercice (41 M€ de provisions sur engagements antérieurs à 2016, nettes d'une annulation suite à surestimation en 2015, qui s'ajoutent aux 53 M€ de provisions constituées au titre des nouveaux engagements 2016). Elles permettent de prendre en compte désormais l'intégralité des engagements pris antérieurement qui se dérouleront sur les exercices futurs et d'avoir ainsi une meilleure visibilité sur la situation des fonds propres de cette section.

16. ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne.

17. OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé.

► **Une section V marquée par la mise en œuvre des dépenses relatives à la conférence des financeurs et des mesures issues de la CNH¹⁸ du 19 mai 2016**

Les dépenses de la section V concernent les autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie.

Sur 2016, elles s'élèvent à 182,7 M€ d'engagements et 356,5 M€ en décaissements. Cet écart s'explique par les décaissements sur engagements antérieurs à 2016 s'agissant essentiellement des plans d'aide à la modernisation (PAM) 2006-2007 et PAI (plan d'aide à l'investissement) 2008-2015 (127,1 M€) et du fonds de soutien aux départements en difficulté (50 M€). À noter par ailleurs la contribution de la CNSA aux travaux d'adaptation des logements par l'ANAH, décidée fin 2016 pour un montant de 20 M€ qui n'a pu être ni engagée ni décaissée sur l'exercice. Elle le sera en 2017.

Les dépenses relatives à l'aide à l'investissement des ESMS, à savoir les PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 (127,1 M€ décaissés) se sont avérées moins importantes que prévu (158 M€).

Les autres dépenses de cette section concernent essentiellement :

■ **les nouveaux concours aux départements relevant de la conférence des financeurs et résultant de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), à savoir :**

- le concours ayant vocation à financer le « forfait autonomie » alloué par les départements aux résidences autonomie. Il s'élève à 25 M€ pour l'année 2016 et a été intégralement versé sur l'exercice ;
- le concours correspondant aux « autres actions de prévention », destiné à financer principalement des actions collectives de prévention et l'amélioration de l'accès aux aides techniques. Il est fixé à 102 M€ pour cette première année et a été intégralement versé sur l'année ;

■ **les dépenses d'ingénierie** relatives à l'accompagnement par la CNSA de la mise en place par les départements de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, exécutées à hauteur de 5,05 M€

en 2016 s'agissant des conventions effectivement conclues entre la CNSA et les conseils départementaux, et réglées à hauteur de 3,1 M€, les montants restants ayant vocation à être décaissés en 2017 ;

- les premières dépenses d'accompagnement de la démarche « **Une réponse accompagnée pour tous** » à hauteur de 2,5 M€, finançant vingt-trois territoires pionniers, et celles relatives au **système d'information suivi des orientations** à hauteur de 1,5 M€ versé aux ARS (mesures issues de la dernière CNH) ;
- les dépenses d'études, de recherche et de soutien à des actions innovantes, notamment réalisées au moyen de subventions versées à des partenaires du secteur médico-social ou à des acteurs de la recherche, dont les engagements en 2016 s'élèvent à 7,4 M€ s'agissant des personnes handicapées et 6,7 M€ s'agissant des personnes âgées et les décaissements (au titre de ces mêmes engagements et d'engagements antérieurs) respectivement à 7,3 M€ et 6,3 M€ ;
- 15 M€ de dotation au fonds de concours du budget de l'État concernant, pour 10 M€, une contribution au fonctionnement des MDPH et pour 5 M€ le fonds de compensation du handicap ;
- 10 M€ dépensés pour le PAI en faveur des logements foyers.



► **Une consommation des frais de gestion en section VI maîtrisée par rapport aux prévisions**

Les dépenses de la section VI s'élèvent à 15,9 M€ engagés et 17,3 M€ décaissés sur l'exercice, elles représentent 0,1 % des dépenses de la CNSA décaissées sur l'exercice.

Les dépenses de personnel s'élèvent à 10,6 M€, soit 61,3 % des dépenses de la section.

Celles de fonctionnement s'établissent à 5,4 M€ qui représentent 31,4 % de la section et enfin, celles d'investissement se portent à 1,3 M€ pour 7,3 %.

18. CNH : Conférence nationale du handicap.

La structure de financement et le budget exécuté en 2016

► Une nouvelle section VII, dédiée aux plans d'aide à l'investissement, dont les engagements sont conformes à l'attendu

Les dépenses exécutées sur la section VII s'élèvent à 110 M€ en engagements. En revanche, les décaissements au titre de ces nouveaux PAI n'ont pu être réalisés du fait d'une notification tardive fin 2016, ils le seront début 2017.

L'écart entre dépenses et recettes annuelles permet de déterminer le résultat de l'exercice (patrimonial, d'une part, et budgétaire, d'autre part), par section et globalement pour l'ensemble du budget de la CNSA. Le résultat patrimonial contribue à l'évolution des fonds propres d'un exercice à l'autre.

Les fonds propres dont dispose la CNSA

Les fonds propres ont été historiquement constitués au sein de la CNSA selon deux modalités : des recettes affectées à la CNSA en avance par rapport aux charges qui lui incombaient et des recettes résultant de la contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM médico-social) supérieures aux capacités de dépense, en particulier s'agissant des ouvertures de places dans les établissements et services médico-sociaux prévues au titre des grands plans de développement de l'offre. Ce dernier mécanisme n'est plus à l'œuvre aujourd'hui.

Ces fonds propres ont notamment permis par le passé de financer plus de 2 Mds d'euros de soutien à l'investissement pour les établissements du secteur médico-social.

Pour 2016, les fonds propres qui avaient été abondés de l'excédent de CASA en 2015 ont été au global diminués du déficit final de 95 M€.

Il est à noter que certaines dépenses ont été financées en 2016 hors recettes affectées, et notamment :

- 198 M€ au titre de l'apport de la CNSA à l'OGD (part de l'OGD non couverte par l'ONDAM et les recettes propres sur prélèvements sociaux affectés) ;
- 120 M€ au titre du plan d'aide à l'investissement (section V et VII) ;
- 20 M€ au titre de la contribution à l'ANAH ;
- 10 M€ pour le financement des MDPH via un fonds de concours au budget de l'État ;
- 4 M€ au titre des mesures CNH que sont le SI suivi des orientations et l'accompagnement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».

Ces dépenses conduisent à diminuer les fonds propres ; dans le même temps ces derniers sont abondés par des excédents de recettes et notamment celui de CASA, en section II, qui s'établit à 108,1 M€ dans la mesure où la deuxième part du concours APA est limitée à 306,7 M€, pour cette année de montée en charge de la réforme de l'APA.

Il en résulte **un passage des fonds propres de 775 M€** (y compris correction comptable de la balance d'entrée au 1^{er} janvier 2016) **à 681 M€ à fin 2016**.





4

ACTIVITÉ

38 | 4.1 Les grands chantiers de la CNSA en 2016

40 | 4.2 Les parcours

52 | 4.3 La transformation et l'évolution de l'offre

**62 | 4.4 L'animation, l'appui et les partenariats
pour la compensation individuelle**

72 | 4.5 Le soutien à la recherche et à l'innovation

78 | 4.6 La communication aux acteurs et au grand public

4.1 | Les grands chantiers de la CNSA en 2016

Application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement : une première année dense

► Portail «Pour les personnes âgées» : une offre d'hébergement plus transparente

Mise en ligne le 14 décembre 2016, la nouvelle version du portail **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** intègre les tarifs des EHPAD et permet de comparer les prix et les reste-à-charge. Dix-huit mois après la mise en ligne de la première version en juin 2015, le site totalisait plus de trois millions de visites, soit en moyenne 135 000 visites par mois.

► Accompagnement des équipes médico-sociales des conseils départementaux : le référentiel d'évaluation des besoins

Premier outil d'harmonisation des pratiques, le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées a été élaboré en coopération étroite avec ces équipes. L'évaluation multidimensionnelle prend en compte l'environnement physique et social de la personne âgée, ainsi que les besoins des proches aidants.

► Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : déploiement sur l'ensemble des territoires

La CNSA a contribué à l'organisation de douze rencontres interdépartementales aux côtés des conseils départementaux, des ARS, des caisses de retraite et des autres partenaires. Elle a diffusé un guide technique de la conférence et conclu toutes les conventions de soutien à l'ingénierie du dispositif. Les premiers ateliers thématiques (adaptation du logement, aides techniques, soutien aux aidants...) ont été lancés. Sur 95 territoires, 73 avaient installé leur conférence fin novembre et 21 l'avaient programmée pour la fin d'année.

► Intégration des services d'aide et de soins : évaluation nationale des dispositifs MAIA

L'évaluation nationale de la politique publique MAIA menée en 2016 a permis d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins, ainsi que les effets de cette politique sur le décloisonnement du système et la fluidification du parcours des personnes âgées. Les recommandations opérationnelles seront étudiées avec les acteurs partenaires, avant de décider des évolutions à conduire.

Système d'information commun des MDPH : les bases du programme ont été posées

Soutenue par une direction de programme et une équipe dédiée, la gouvernance mise en place inclut notamment une nouvelle relation avec les éditeurs des systèmes d'information des MDPH. Parallèlement au diagnostic des systèmes existants, l'ensemble du premier palier fonctionnel a été conçu en concertation avec les MDPH, les conseils départementaux et les ARS. Il couvre le tronc commun des processus métiers, deux flux d'échanges avec la CAF et l'accès au numéro de sécurité sociale. Le référentiel fonctionnel et technique a été livré aux éditeurs, afin que les développements puissent débuter en 2017.

Le cadre de réalisation du **système d'information du suivi des orientations** a également été mis en place.

Conventions pluriannuelles avec les départements : un partenariat renforcé

Le nouveau cadre stratégique des relations avec les départements fixé dans les conventions pluriannuelles, toutes signées en 2016 pour trois ans, couvre l'ensemble du domaine commun.

La phase de négociation a été l'occasion d'accompagner les départements dans la mise en œuvre de la loi ASV et de renforcer les relations entre les équipes des conseils départementaux et la CNSA.

« Une réponse accompagnée pour tous » : montée en charge dans les territoires pionniers

La CNSA a participé activement au pilotage du projet dans son ensemble et poursuivi le déploiement du dispositif d'orientation permanent (axe 1) dans les vingt-quatre premiers territoires volontaires. Elle a ainsi mis à disposition des outils partagés et capitalisé les expériences et les bonnes pratiques sur le plan d'accompagnement global (PAG), les critères d'organisation des groupes opérationnels de synthèse et les missions du coordonnateur de parcours. Environ quatre-vingts PAG ont été construits. Soixante-six territoires ont répondu à l'appel à candidatures pour rejoindre la démarche en 2017.

CNH et CIH : contribution aux travaux

La CNSA s'est fortement mobilisée pour l'élaboration puis la mise en œuvre des mesures de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai et du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre. En particulier, les deux grands chantiers sur le polyhandicap et sur le handicap psychique lancés par la CNH ont conduit à l'élaboration de deux volets spécifiques, déclinés en fiches action, de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale.

Les outre-mer : une stratégie de santé et un appui renforcé

La CNSA a participé à l'élaboration de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer, dont elle est un opérateur clé dans le champ de l'autonomie. Elle a notifié les deux tiers de l'enveloppe quinquennale destinée aux territoires les plus déficitaires en équipements médico-sociaux, afin qu'ils développent leur offre. En particulier Mayotte, qu'elle a également aidé à lancer son plan de développement de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Réformes tarifaires : grands chantiers

La CNSA a participé à la préparation des réformes budgétaires et tarifaires du secteur médico-social et organisé la formation des personnes chargées dans les ARS et les conseils départementaux de l'allocation des ressources et de la contractualisation des établissements. Les travaux d'adaptation des systèmes d'information ont été réalisés ou démarrés, afin qu'ils soient opérationnels dès 2017.

La réforme d'envergure engagée dans le champ du handicap, SERAFIN-PH, sous le double pilotage de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la CNSA, s'est poursuivie avec la diffusion de la nomenclature des besoins et le lancement d'une enquête de coût et de l'évolution des indicateurs de performance.

Quatrième édition des Rencontres scientifiques de la CNSA

Réunis les 12 et 13 décembre, près de 600 participants, chercheurs, professionnels, décideurs et personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, ont échangé sur le thème « Autonomie et qualité de vie, entre aspirations et pratiques ». Les chercheurs ont montré que des tensions peuvent exister entre les besoins, les aspirations ou les désirs de la personne et la réalité des pratiques, des dispositifs et, plus généralement, des politiques.

Un nouveau contrat avec un opérateur d'études et de recherches : l'EHESP

La CNSA a signé en juillet 2016 un contrat de recherche avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour mettre en place un programme de travail commun sur l'observation et l'analyse des transformations de l'offre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées.



4.2 | Les parcours

Pour que le parcours d'accompagnement suive le projet de vie des personnes, la CNSA contribue à faire évoluer les organisations et les pratiques vers une plus grande intégration et l'offre d'accompagnement vers une meilleure adaptation aux besoins pluriels des personnes. La CNSA priviliege ainsi une approche globale des questions de santé pour permettre le dialogue et la coopération entre professionnels des secteurs sanitaire, social, éducatif et médico-social.

COG | Anticiper les ruptures de parcours

► « Une réponse accompagnée pour tous » : le déploiement dans les territoires pionniers

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » met en œuvre, sous la conduite de Marie-Sophie Desaulle, et selon la feuille de route définie fin 2014 par la Conférence nationale du handicap (CNH), les recommandations du rapport de Denis Piveteau *Zéro sans solution* (juin 2014). Il s'agit d'apporter une réponse structurelle à la complexité de certaines situations et aux limites de l'offre de prise en charge, pour ne plus laisser personne en rupture de parcours, mais aussi pour mieux accompagner toutes les personnes en situation de handicap ainsi que leurs proches. Cela suppose de revoir en profondeur les organisations, les outils et les pratiques, de développer des coordinations, de faire évoluer des cultures professionnelles.

Ce projet est structuré en quatre axes de travail complémentaires. La CNSA en pilote le premier, relatif à la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent. Le deuxième axe est consacré au déploiement d'une réponse territorialisée, le troisième à la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs et le quatrième à l'accompagnement du changement.

Le plan d'accompagnement global (PAG) est au cœur du **dispositif d'orientation permanent**. Il complète le plan personnalisé de compensation lorsque l'orientation cible proposée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ne peut être mise en œuvre immédiatement. Le PAG comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale et d'aide aux aidants. Il s'appuie sur l'engagement préalable des établissements, services et professionnels mobilisés pour sa co-construction et sa mise en œuvre. Si nécessaire, un groupe opérationnel de synthèse (GOS) est convoqué. Celui-ci est composé des personnes susceptibles d'accueillir et d'accompagner la personne, et éventuellement des financeurs.

Les vingt-quatre territoires pionniers volontaires en novembre 2015 pour mettre en œuvre la démarche se sont focalisés sur la mise en place du dispositif d'orientation permanent, l'organisation des groupes opérationnels de synthèse et la formalisation du PAG. Environ quatre-vingts PAG ont été construits en 2016. La CNSA a apporté un appui méthodologique pour développer les nouveaux outils et processus, et mutualiser les expériences et les bonnes pratiques. Elle a organisé des groupes de travail avec les référents des MDPH des départements et des agences régionales de santé (ARS) sur le contenu du PAG et travaillé dans les territoires sur la mission d'élaboration du PAG, les critères

d'organisation des GOS et les missions du coordonnateur de parcours prévu dans le PAG.

Le rôle des MDPH est central dans le lancement et la conduite de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Chacune doit à la fois effectuer un travail de proximité avec les associations et les personnes en situation de handicap et participer à l'élaboration des réponses avec les établissements et services médico-sociaux et les professionnels des secteurs social et sanitaire (établissements de santé et soins de ville).

Compte tenu des efforts à réaliser, la CNH a prévu en mai 2016 **le renforcement de l'appui en direction des MDPH** engagées ou qui s'engagent dans la démarche. Pour jouer leur rôle « d'assembler », elles bénéficient notamment d'un soutien financier compris entre 90 000 et 130 000 €. La CNSA a lancé un appel à candidatures en octobre 2016 pour inviter de nouveaux territoires à rejoindre la démarche dès 2017 : soixante-six candidatures conjointes des ARS, des conseils départementaux, des MDPH et, le cas échéant, de l'Éducation nationale sont parvenues à la CNSA fin décembre 2016.

INTERVIEW Anne-Laure Moser

Directrice de l'autonomie de l'ARS Bourgogne – Franche-Comté

// Comment vous êtes-vous approprié la démarche ?

Nous nous sommes approprié la démarche de manière assez aisée, car l'ARS Bourgogne avait depuis longtemps la volonté de partager avec les MDPH et les conseils départementaux, au sein d'un comité de pilotage régional, une vision de la politique de l'autonomie et de développer un outil de suivi des orientations en établissements et services (Via Trajectoire a été retenu). De plus, les chargés de mission de l'ARS dans les départements participaient depuis fin 2013 au dispositif « situations critiques ». Avec la seconde vague de candidatures, c'est l'ensemble des huit départements de la nouvelle région qui ont rejoint la démarche.



Pour autant, le dispositif d'orientation permanent a modifié notre façon de répondre aux familles et d'accompagner les gestionnaires d'établissements : lorsque la MDPH réunit tous les partenaires, nous nous devons collectivement de trouver une solution pour la personne handicapée. L'ARS contribue pleinement aux réflexions et apporte parfois un accompagnement financier sur certaines situations, mais il s'agit surtout d'être réactifs et à l'écoute.

La démarche demande au départ engagement et énergie, mais les résultats sont là et cela devient naturel.

La démarche a-t-elle modifié les modalités de travail avec la MDPH, ainsi que la programmation de l'offre et la contractualisation ?

La démarche implique des relations très étroites avec les partenaires, et plus particulièrement avec la MDPH. L'ARS doit être présente et se montrer souple pour créer une réelle dynamique qui se répercute sur la contractualisation avec les établissements. Ceux-ci deviennent innovants dans leurs réponses pour mieux accompagner la personne et pour éviter les ruptures de parcours. Ils raisonnent de moins en moins en « places », mais bien en dispositifs pour fluidifier les parcours, comme par exemple un institut médico-éducatif hors les murs, des modes d'accueil atypiques en lien avec des familles spécialisées, une chambre supplémentaire pour des temps de répit ou un accueil d'urgence. Réfléchir à partir de cas particuliers nous conduit à une offre sur mesure au cœur de l'offre collective.



INTERVIEW Thierry Juillet

Directeur de la MDA - MDPH de Saône-et-Loire

Comment vous êtes-vous approprié le dispositif d'orientation permanent ?

Le dispositif se déploie progressivement dans le cadre d'une nouvelle mission conduite par la MDPH : dès la procédure d'évaluation par les équipes pluridisciplinaires et dans le prolongement des décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) lorsque la mise en œuvre de l'orientation cible n'est pas possible. Nous avons formé dès décembre 2015 tous les membres de la CDAPH sur les principes de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».



Au-delà de la MDPH, le conseil départemental et l'ARS sont aussi largement engagés dans ce nouveau processus et s'impliquent, pour ce qui les concerne, dans le traitement des situations individuelles relevant du périmètre du dispositif. Cette acculturation partagée a déjà conduit à l'élaboration de règles de dérogation aux modalités d'accompagnement habituelles.

Parallèlement, l'adhésion des acteurs médico-sociaux et des partenaires du secteur sanitaire et hospitalier est aussi indispensable. Pour cette raison, le département, sur proposition du comité de pilotage, a réuni plus de 200 professionnels en novembre 2016, pour un séminaire d'information et d'échanges.

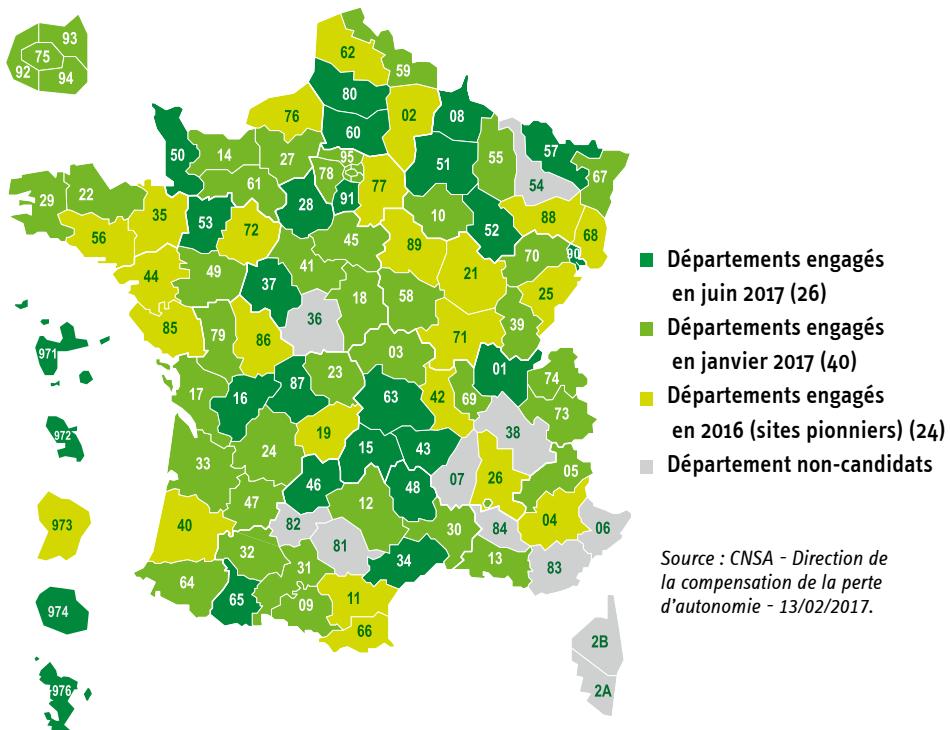
La démarche a-t-elle modifié les modalités de travail avec l'ARS et le département ?

En fait, nous travaillons déjà dans cet esprit, notamment avec le dispositif « situations critiques ». Le schéma « autonomie » du département, renouvelé début 2016, inclut des fiches actions du déploiement d'« Une réponse accompagnée pour tous ». Le comité de pilotage, qui associe aussi l'Éducation nationale, la CPAM et des représentants des associations, fait le point tous les deux ou trois mois sur la feuille de route. D'autres leviers sont également mobilisés dans l'objectif de prévenir les ruptures de parcours, comme le déploiement de l'application de suivi des orientations Via Trajectoire, porté par l'ARS, et nos commissions départementales d'harmonisation des admissions en établissements, en foyers d'accueil médicalisés (FAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS), et en instituts médico-éducatifs (IME) et instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Le bilan provisoire de notre expérience d'un peu plus d'un an sur ce dispositif révèle deux interrogations. Nous ne sommes pas, au-delà des priorités d'élaboration, en mesure d'apprécier si la possibilité, à partir du 1^{er} janvier 2018, pour toute personne de demander un plan d'accompagnement global (PAG) conduira à une mobilisation forte de la MDPH et de ses partenaires. Également, nous n'avons pas encore de recul suffisant sur les modalités de mise en œuvre opérationnelle des PAG. 

Les parcours

► Territoires pionniers (2015) et nouveaux territoires candidats fin 2016



FOCUS

► Un exemple de plan d'accompagnement global (PAG) pour un adolescent en rupture de parcours

Quelques mois après être entré, à l'âge de 12 ans, dans un IME, cet adolescent commence à manifester des comportements à problème, avec des épisodes imprévisibles d'agressivité. Du fait de ces difficultés, il retourne au domicile parental. L'Aide sociale à l'enfance du département est alertée et le service social missionné pour accompagner la famille.

La dégradation du comportement de l'adolescent nécessite la mise en place d'une réponse modulaire conjuguant les interventions itératives et coordonnées d'acteurs des domaines sanitaire, éducatif et pédagogique. La MDPH réunit alors un GOS, rassemblant les intervenants pressentis pour construire ensemble un PAG : l'IME, l'ITEP qui avait accompagné l'enfant auparavant, les services de soins pédopsychiatriques, ainsi que le responsable de l'action sociale du département et les parents de l'enfant. Un PAG est mis en place, et l'IME est désigné comme coordonnateur de parcours.

Le PAG prévoit dans un premier temps et en urgence, pour apaiser l'adolescent, un accueil une semaine à temps complet en service de soins pédopsychiatriques, avant de construire collectivement son retour progressif et adapté au sein de l'IME : accompagnement en nuitée et accompagnement en centre de jour en fin de semaine par des services de pédopsychiatrie. L'engagement de chaque intervenant pour les étapes du PAG qui le concernent est très précis et concret.

Une réunion du GOS est planifiée quatre mois plus tard afin de s'assurer de la pertinence et de l'effectivité du plan.

► Prendre en compte des « situations critiques »

Ce dispositif spécifique, instauré par une circulaire DGCS¹⁹-CNSA du 22 novembre 2013, s'est mis en œuvre progressivement pour prévenir et résoudre les situations individuelles critiques. Il doit apporter des solutions aux personnes handicapées, enfants et adultes, qui se trouvent en rupture de prise en charge en raison de la complexité de leur situation. L'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont mis en cause par des retours à domicile non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement ou des refus d'admission.

Le dispositif comprend trois niveaux d'intervention successifs, qui sont mobilisés jusqu'à l'identification d'une solution :

19. DCS : Direction générale de la cohésion sociale.

- une commission territoriale organisée par la MDPH avec les partenaires locaux (conseil départemental, ARS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, Education nationale, assurance maladie, Aide sociale à l'enfance) ;
- un référent au sein de chaque ARS ;
- une cellule nationale à la CNSA pour apporter un appui opérationnel, analyser l'ensemble des situations et diffuser les bonnes pratiques.

Le dispositif de traitement des situations critiques a vocation à disparaître à l'aboutissement du projet « Une réponse accompagnée pour tous », qui verra le dispositif d'orientation permanent déployé sur l'ensemble du territoire.

INTERVIEW Catherine Réa

Directrice médicale de la fondation John Bost

/// Quel regard portez-vous sur le dispositif mis en place pour les « situations critiques » ?

La plus-value est majeure pour les personnes accompagnées, car nous parvenons à construire à plusieurs des solutions pour répondre aux situations les plus complexes en se mettant autour d'une même table. Là où un établissement seul ou la famille seule ne peuvent en trouver, le dialogue entre les professionnels du champ sanitaire, du champ médico-social ou du champ institutionnel, ainsi que l'écoute des familles, nous permettent de dépasser les difficultés et d'étudier la faisabilité de parcours individualisés, par exemple séquencés ou avec étayage. Ce dispositif pose les prémisses de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui en est une suite logique et apporte une assise réglementaire plus solide.



Comment êtes-vous impliquée dans le dispositif ?

Je suis saisie soit par la MDPH, lorsqu'elle réunit les acteurs susceptibles de résoudre une situation critique, soit par les ARS, voire par la CNSA lorsqu'elle-même est sollicitée pour les cas qui n'ont pu trouver de solution au niveau départemental ou régional. L'engagement de la fondation, que le pasteur John Bost a créée à l'origine pour « accueillir ceux que tous repoussent », nous conduit naturellement à participer à l'étude des situations qui nous sont présentées pour tenter de trouver une solution.

En 2016, nous avons ainsi pu accueillir, soit en temps plein soit en accompagnement mixte avec une autre structure ou la famille, une douzaine de personnes dont le profil (autisme avec épilepsie et déficience intellectuelle, pathologies psychotiques ou polyhandicap sévère) correspond aux parcours proposés par la fondation. //

► Handicap psychique : développer l'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale. Crées par la loi de 2005, ils sont organisés sous forme associative et accueillent des personnes fragilisées en raison d'une souffrance psychique (89 %) ou d'un traumatisme crânien (11 %). Ils sont pour elles des lieux de rencontre, d'échanges et d'activités dans une approche de pair-aidance.

Un GEM est autogéré par ses adhérents, mais doit être épaulé dans son fonctionnement par un « parrain », le plus souvent une structure associative. Des « animateurs », professionnels salariés ou bénévoles, viennent en appui à ses membres dans la gestion quotidienne.

La CNSA finance les GEM depuis 2011 par le biais des ARS et établit annuellement un bilan de leur activité et de leur fonctionnement. En 2015, le budget global des GEM s'élevait à 30 M€. Ils ont bénéficié de 1 M€ de mesures nouvelles qui ont permis de revaloriser leur subvention, jusqu'ici inférieure à un plafond par GEM estimé à 75 000 €, et de financer l'ouverture d'un GEM en Martinique. Les 413 GEM recensés en 2015 ont accueilli environ 27 000 personnes, soit en moyenne 67 personnes par GEM.

Conformément à la décision du Comité interministériel du handicap de septembre 2013, un nouveau cahier des charges préparé par la CNSA et la DGCS a été fixé par arrêté du 18 mars 2016. Il confirme les grands principes fondant les GEM : pair-aidance, objectif de réinsertion dans la vie sociale et citoyenne par la reprise de confiance de la personne dans ses potentialités et ses capacités.

Ce nouveau cahier des charges introduit à la fois plus de rigueur dans l'administration des GEM et plus de souplesse dans leur fonctionnement quotidien. Il précise ainsi le rôle et les obligations de chaque acteur, notamment l'obligation de se constituer en association d'usagers dans un délai de trois ans après la création du GEM et de séparer les fonctions de parrain et de gestionnaire.

Les parcours

Il assouplit certaines règles de fonctionnement comme les horaires d'accueil. Enfin, il rappelle le rôle fondamental des partenariats dans un esprit d'ouverture sur la cité.

La CNSA et la DGCS ont lancé fin 2015 une **évaluation qualitative nationale des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents**. Conduite en 2016 par l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREA) sur un échantillon de vingt-cinq GEM répartis dans six régions, l'étude a croisé les points de vue des membres ou adhérents des GEM, des animateurs et de tiers aidants ou professionnels présents dans la vie de certains membres ou adhérents.

Le principal enseignement de l'étude est la confirmation de l'effet positif de la fréquentation du GEM pour ce public, très hétérogène, mais qui a en commun un parcours de vie marqué par les troubles de santé, l'isolement et la vulnérabilité sociale. Au premier chef, le GEM rompt la solitude, fait sortir de chez soi, resocialise. Il permet de se réapproprier le droit d'être au monde et de reconstruire son identité. Il permet de retrouver la capacité à agir, la maladie passant au second plan. Il offre la possibilité de mettre ses compétences à la disposition du groupe et retrouver ainsi confiance en soi. Enfin, apparaissant comme un espace d'apaisement, de prévention et de protection contre la maladie, le GEM participe au rétablissement de la personne.

En termes de gouvernance, les formes varient depuis les GEM où l'influence du parrain ou de l'association gestionnaire est importante jusqu'à l'indépendance revendiquée dans la gestion des ressources et des activités. La tendance générale est néanmoins à la recherche d'autonomisation des GEM, dans le nouvel esprit des textes.



 **FOCUS**

► **Le GEM-Club d'Espoir-Provence à Aix-en-Provence**

Ce GEM-Club est porté par l'association Espoir-Provence, affiliée à l'UNAFAM²⁰. Il est dédié aux personnes présentant un handicap lié à des troubles psychiques menant une vie autonome mais isolée. Il a pour objectif de rompre l'isolement des membres par la rencontre et l'entraide, et de leur donner un cadre pour qu'ils puissent partager des activités communes sur son site d'accueil, mais aussi à l'extérieur. Ces activités sont créatives, ludiques, culturelles ou encore de plein air.

Une partie de l'action du GEM est en outre tournée vers la vie du GEM lui-même et des projets de lien social. Le GEM a développé des partenariats multiples avec le monde associatif, culturel et social ; et une association d'adhérents, Évidence ou est gérée par et pour les membres du GEM-Club, dans l'objectif de favoriser l'entraide et la dynamique collective de construction de projets communs.

20. UNAFAM : Union nationale des familles et personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Par ailleurs, **la seconde phase de l'expérimentation** du fonctionnement « en dispositif » des ITEP se poursuit jusqu'en 2017. Pour favoriser la continuité de parcours et la réactivité dans l'adaptation de la réponse pour des enfants et des adolescents dont les troubles et les besoins sont très évolutifs, l'accompagnement est adapté au sein du dispositif ITEP, sans réorientation par la CDAPH.

► **Personnes âgées : le référentiel d'évaluation multidimensionnelle pour l'APA**

Pour favoriser l'harmonisation des pratiques des équipes médico-sociales des conseils départementaux, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a étendu à ces équipes la mission d'expertise technique et de mise à disposition de référentiels, méthodes et outils d'évaluation de la CNSA.

Le premier chantier a consisté à élaborer en 2016 le référentiel pour l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants dans le cadre de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Un tel outil d'évaluation individuelle de la situation et des besoins de la personne contribue à une meilleure adaptation du plan d'aide proposé en réponse à la demande, mais également à l'égalité de traitement sur tout le territoire, en ce qu'il constitue un cadre

commun de lecture. Le référentiel a été publié fin 2016 (arrêté du 5 décembre 2016).

C'est en **coopération étroite avec les départements** que la CNSA a construit ce référentiel. Quarante-six départements volontaires ont ainsi été associés à la phase d'élaboration ou à la phase de test.

L'évaluation multidimensionnelle apporte **une vision globale de la situation de la personne âgée et de ses proches aidants**. Les différentes dimensions abordées portent notamment sur la réalisation par la personne des activités de la vie quotidienne, son environnement, son habitat, son entourage, les aides déjà mises en œuvre, en tenant compte, tout au long de l'évaluation, de ses souhaits et de ses projets. L'analyse se fait sur la base d'observations directes à domicile et d'informations recueillies auprès de la personne, de ses proches aidants ou encore de partenaires comme le médecin traitant, le centre local d'information et de coordination gérontologique et le gestionnaire de cas MAIA. L'évaluation conduit à l'élaboration d'un plan d'aide pour compenser la perte d'autonomie et, le cas échéant, à l'identification de toutes les aides utiles au maintien à domicile du bénéficiaire ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge dans le cadre de l'allocation attribuée.

Pour accompagner l'appropriation du référentiel par les équipes des départements, la CNSA a mis à leur disposition, en décembre 2016, un

guide d'utilisation ainsi qu'un formulaire le déclinant sous forme de questionnaire.

INTERVIEW Kim Liem

**Responsable de l'équipe d'évaluation médico-sociale des personnes âgées et handicapées,
mission Autonomie du conseil départemental du Bas-Rhin**

// Quelle a été votre participation à la conception et aux tests du référentiel ?

Nous avons souhaité participer à la définition du référentiel en vue à la fois de travailler en réseau avec les autres départements et de pouvoir appliquer le référentiel au contexte bas-rhinois. Chaque département ayant une méthodologie, des outils et des contraintes propres, le référentiel doit fédérer toutes ces approches. À partir de janvier, j'ai participé aux réunions mensuelles avec un travailleur social de mon équipe. L'équipe a testé l'outil sur une vingtaine d'évaluations durant l'été, et la rencontre en octobre de tous les départements ayant participé au test a permis de remonter les dernières difficultés rencontrées.

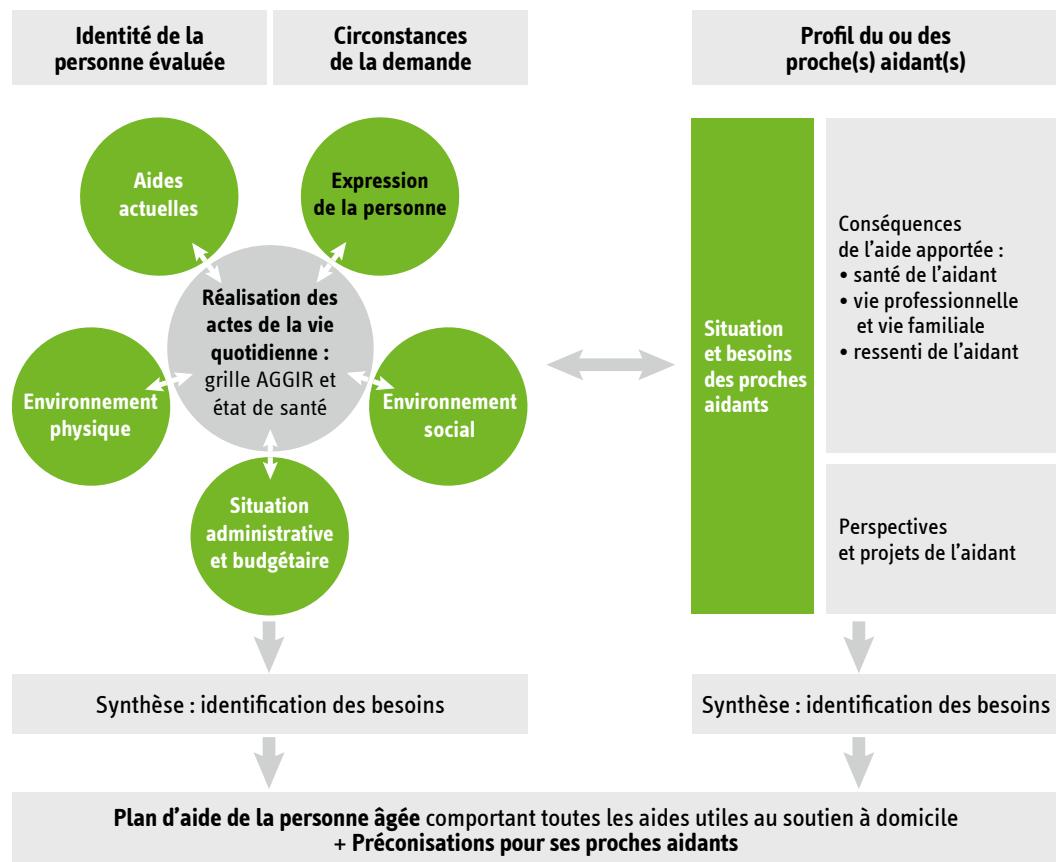
Quel est l'impact sur le travail de votre équipe ?

Notre façon de travailler était proche des exigences du référentiel, mais nous abordions peu les besoins et les difficultés des aidants, et de façon moins poussée l'environnement de vie de la personne ainsi que le budget. Cela a engendré une charge de travail supplémentaire. Conscient des enjeux de l'adaptation de la société au vieillissement de la population, le conseil départemental a créé sept postes de travailleurs sociaux pour que l'on puisse répondre aux demandes dans les délais réglementaires.

L'équipe s'est approprié l'outil progressivement. Après la présentation par la CNSA du référentiel à l'ensemble de la région Grand Est en juin, nous avons organisé des formations. La dimension aide aux aidants a été prise en compte dès le mois de juillet. Nous nous sommes aussi rapprochés du centre d'exposition permanente pour être en capacité de donner des conseils ergonomiques de premier niveau lors de l'évaluation de l'environnement de vie. Je regrette seulement le manque de réactivité du fournisseur du logiciel, qui fait que nous devrons utiliser l'outil sous format papier alors que nous travaillons de manière numérisée depuis plusieurs années. //



► Les différentes dimensions de l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches aidants



► Autisme : mieux accompagner les personnes et les familles

Outre la création de places en établissements et services médico-sociaux (ESMS – cf. chapitre 4.3), différentes mesures **du troisième plan Autisme (2013-2017)** dans lesquelles la CNSA joue un rôle déterminant ont avancé en 2016 : portail d'information, guide d'appui aux professionnels, formation des aidants familiaux.

La CNSA a apporté son soutien financier et participé, aux côtés de nombreux autres partenaires, aux groupes de travail de conception du portail d'information **autisme.gouv.fr**. Mis en ligne le 30 novembre 2016, ce site vise à répondre à un besoin d'informations claires et fiables, conformes aux recommandations de bonnes pratiques, à destination des personnes concernées, de leurs familles et du grand public.

La CNSA a également piloté, en collaboration avec le secrétariat général du Comité interministériel du handicap, l'élaboration **d'un guide technique d'appui aux pratiques des professionnels** pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, édité en mai 2016. Conçu au regard des missions des équipes des MDPH (élaboration du plan de compensation, attribution des prestations et orientations scolaires, médico-sociales ou professionnelles), il apporte un éclairage sur les références, pratiques et outils existants afin de développer une culture commune à l'ensemble des acteurs concernés. Le dispositif **de formations collectives au bénéfice des aidants familiaux** s'est étendu progressivement sur le territoire national. Le succès rencontré ainsi que la mobilisation des centres de ressources autisme (CRA)

et des associations ont conduit la CNSA et l'ANCRA (Association nationale des CRA) à renforcer l'enveloppe initiale de crédits. En effet, trois appels à projets ont permis de former près de 5 000 aidants familiaux dans vingt-deux régions et un quatrième, lancé au printemps 2016, permettra d'en former 2 250 autres. Au total, ces actions de formation auront mobilisé un budget global de 2,7 M€, la CNSA participant à hauteur de 80 %.

Par ailleurs, la CNSA a fortement contribué à la mission IGAS²¹ **d'évaluation du troisième plan Autism** tandis que **l'évaluation des CRA**, rendue en mars 2016 par l'IGAS, s'appuie notamment sur les données et les analyses de la synthèse nationale des rapports d'activité des CRA que la CNSA effectue chaque année. Plusieurs recommandations formulées impliquent directement la CNSA, notamment l'évolution des rapports d'activité, le renforcement des moyens alloués aux politiques de dépistage et de diagnostic de l'autisme, le déploiement accéléré du système d'information partagé des MDPH à des fins d'analyse des besoins et la priorisation des missions des CRA.

COG

Décloisonner les acteurs

► Le dispositif MAIA



La CNSA finance et pilote le déploiement du dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) qui trouve son origine dans le plan national Alzheimer de 2008.

L'objectif de MAIA est d'impulser le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social pour, notamment, mettre fin aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs aidants face à une multitude de services insuffisamment articulés. Pour parvenir à une prise en charge coordonnée, les ressources locales doivent s'organiser en *continuum* et les pratiques professionnelles évoluer.

Cinquante nouveaux dispositifs MAIA ont été déployés en 2016 : l'**objectif fixé de 352 dispositifs sur le territoire national est atteint**. Près de 85 % des communes françaises sont désormais couvertes.

21. IGAS : Inspection générale des affaires sociales.

À l'heure où le dispositif a atteint une certaine maturité et dans un contexte national de développement d'initiatives visant à fluidifier les parcours des personnes âgées, la CNSA a confié à une équipe externe de consultants et de chercheurs, la conduite **de l'évaluation nationale de la politique publique MAIA**. Initiée fin 2015 et conduite tout au long de l'année 2016, elle s'est appuyée sur un comité de pilotage représentatif des acteurs nationaux du champ gérontologique. Elle a permis d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins, ainsi que les effets de la politique MAIA sur le décloisonnement du système et la fluidification du parcours des personnes âgées. Elle se conclut par des recommandations opérationnelles sur l'évolution de MAIA qui devront être étudiées en 2017, en lien étroit avec la réflexion menée au niveau national sur les différents dispositifs de parcours.

À la suite d'un appel d'offres lancé fin 2015 pour le choix **d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) commun à l'ensemble des gestionnaires de cas**, la CNSA a acquis, en mai 2016, les droits de propriété intellectuelle sur l'interRAI HC, volet domicile (Home Care) de l'interRAI (Resident Assessment Instrument), une démarche validée scientifiquement, conformément aux exigences de la mesure 3 du plan national Maladies neurodégénératives (PMND).

L'enjeu est d'encadrer et d'accompagner son implantation uniformisée au sein des différents logiciels métier utilisés par des gestionnaires de cas. Dès le mois de juin 2016, l'ASIP Santé²² a engagé des travaux de définition du référentiel fonctionnel de l'interRAI HC. Ce travail de co-construction avec les éditeurs de logiciels et les maîtrises d'ouvrage régionales de projets d'e-santé s'est conclu, en décembre 2016, par la mise en concertation de ce référentiel sur le portail esante.gouv.fr.

L'utilisation d'interRAI HC facilitera la concertation interdisciplinaire et l'intégration des services. Elle doit aussi contribuer à une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, à une meilleure connaissance des besoins de la population suivie en gestion de cas. Elle rend aussi possibles des comparaisons avec les pays utilisant la même démarche scientifique.

22. ASIP Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé.



► La CNSA membre du comité opérationnel des parcours du ministère de la Santé

La CNSA contribue aux initiatives nationales en matière de fluidification des parcours et d'intégration des acteurs dans le champ de l'autonomie et de la santé, pour dépasser les difficultés liées au cloisonnement des acteurs et au manque de transversalité des politiques nationales.

La CNSA prend donc part, avec la DGCS, la DGOS, la DSS, la DGS, l'ANAP, la HAS²³, l'ASIP Santé et quatre ARS, au comité opérationnel des parcours mis en place en janvier 2016 et

23. DGCS : Direction générale de la cohésion sociale ; DGOS : Direction générale de l'offre de soins ; DSS : Direction de la sécurité sociale ; DGS : Direction générale de la santé ; ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ; HAS : Haute Autorité de santé.

piloté par le SGMAS²⁴ et sur lequel s'appuie la gouvernance interinstitutionnelle visant une plus grande cohérence et lisibilité des dispositifs.

Le comité opérationnel des parcours mutualise les méthodes et les outils, partage l'évolution des projets et étudie les conditions de leur généralisation dans un objectif de lisibilité des dispositifs, avec une recherche de meilleure transversalité, voire de convergence.

Par ailleurs, la CNSA participe aux travaux destinés à assurer un appui aux ARS dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet régional de santé.

24. SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

L'ESSENTIEL

- La CNSA inscrit son action dans une conception globale de la santé des personnes.
- L'intrication des responsabilités de différents acteurs (MDPH, établissements et services, départements, ARS) rend indispensable leur coopération et le partage d'informations pour assurer la continuité et la cohérence des parcours des personnes. **Le dispositif de résolution des situations critiques** met en évidence le caractère crucial de ces partenariats. Il sera à terme remplacé par **le dispositif d'orientation permanent** « Une réponse accompagnée pour tous », dont les premiers plans d'accompagnement global ont été construits.
- Une attention renforcée est portée à la continuité et à l'adaptation du parcours de **publics spécifiques** : les personnes atteintes de handicap rare, avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, les enfants, les personnes handicapées psychiques ou atteintes d'une lésion cérébrale acquise qui participent à un **GEM**. Ainsi, un nouveau cahier des charges des GEM a été publié et l'évaluation qualitative de leurs effets menée à son terme. Le portail d'information sur **l'autisme** a été ouvert et un guide technique d'appui mis à disposition des professionnels des MDPH.
- **Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle pour l'APA**, intégrant les aidants, favorisera l'harmonisation des pratiques des équipes médico-sociales des conseils départementaux.
- **Le déploiement des MAIA** sur l'ensemble du territoire est achevé (352 MAIA). La CNSA a acquis les droits de l'outil d'évaluation multidimensionnelle InterRAI HC et les conclusions de l'évaluation de cette politique publique ont été restituées.



4.3 | La transformation et l'évolution de l'offre

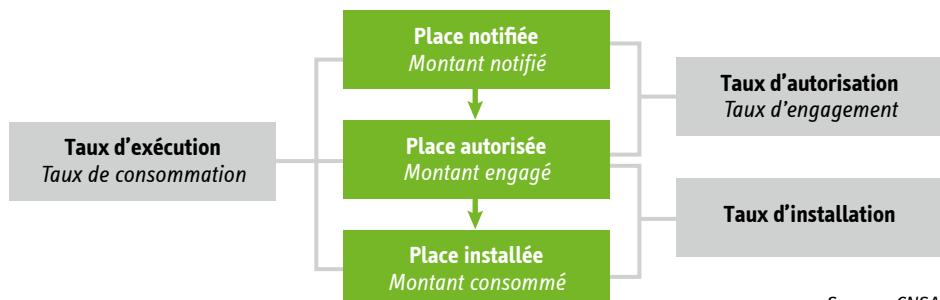
La CNSA assure un financement total ou partiel des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Sa mission est d'assurer une répartition équitable de ces crédits d'assurance maladie sur le territoire national dans un souci 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 inscrits à son budget.

COG | Suivre la création de places

La CNSA délègue aux ARS les crédits leur permettant de programmer, d'autoriser, puis d'installer de nouveaux établissements et de nouveaux services. Elle suit la mise en œuvre

des plans nationaux et des initiatives régionales de développement de l'offre. Comme chaque année, elle a réalisé un bilan intermédiaire des réalisations observées au 31 décembre 2015 et des évolutions programmées par les ARS jusqu'en 2020.

► Les termes utilisés dans l'analyse de la réalisation des plans de création de places



Source : CNSA.

► Dans le champ des personnes âgées

En 2015, 7 208 places ont été installées, pour un montant de 90,2 M€, hors pôles d'activités et de soins adaptés et plateformes d'accompagnement et de répit, qui ne sont pas comptabilisés en places.

L'offre a très fortement augmenté en France depuis 2005 (+ 84 % en 2014). Ainsi, fin 2015, on dénombrait 720 473 places en établissements et services médico-sociaux. L'accompagnement en milieu ordinaire représente 20 % de l'offre totale et augmente moins que l'accompagnement en établissement. Les projets d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sont néanmoins en progression (le nombre de places en accueil de jour a été multiplié par six).

L'offre globale pour les personnes âgées représente un taux national de 117 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Elle varie de 54 à 194 d'un département à l'autre. Certains départements peu équipés en structures médico-sociales bénéficient d'autres prestations, par exemple une forte présence d'infirmiers libéraux.

Les ARS ont programmé d'installer 23 222 places supplémentaires d'ici 2020, pour un montant global de 285,7 M€. Plus des trois quarts seront créées d'ici fin 2017. Elles permettront de faire face à la croissance du nombre de personnes âgées jusqu'en 2018.

► Bilan des créations de places dans le champ des personnes âgées fin 2015

	Places installées	Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
Hébergement permanent (HP)	575 262	93,72
Unité d'hébergement renforcé (UHR)	1 286	0,21
Hébergement temporaire (HP)	10 861	1,77
Accueil de jour (AJ)	13 969	2,28
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	119 095	19,40
Total	720 473	117,38

Source : FINESS au 15 octobre 2015, INSEE.

Les trois plans nationaux permettent encore des programmations de places : le plan Solidarité grand âge 2007-2012, le plan Alzheimer 2008-2012 et, prenant la suite de ce dernier, le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019. Les transferts du secteur sanitaire ou les redéploiements au sein du médico-social restent minoritaires (respectivement 4 % et 16 %).

La CNSA a notifié l'intégralité des crédits du **plan Solidarité grand âge 2007-2012** aux ARS, soit 846,50 M€ pour la création de 85 622 places. Au 31 décembre 2015, 92 % des places notifiées étaient autorisées et 81 % installées, pour un montant consommé de 688,8 M€. La programmation de l'ouverture de places supplémentaires entre 2016 et 2020 permettra d'atteindre 99 % des crédits notifiés grâce à ce plan.

► Bilan du plan Solidarité grand âge fin 2015

	Places autorisées	Places installées
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	43 105	35 015
Hébergement temporaire (HT)	4 713	4 027
Accueil de jour (AJ)	7 710	6 653
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	23 540	23 373
Total	79 128	69 068

Source : CNSA.

Dans le cadre du **plan Alzheimer 2008-2012**, la CNSA a notifié 273 M€ aux ARS pour la création de 8 340 places ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR). Au 31 décembre 2015, 81 % de ces crédits étaient engagés par les ARS et 6 398 places installées : 1 544 en unités d'hébergement renforcé (UHR) et 4 854 en équipes spécialisées Alzheimer (ESA).

À l'horizon 2020, 1 687 places supplémentaires d'UHR et d'ESA ouvriront. L'objectif de mise en œuvre de PFR devrait être dépassé (103 %) grâce à des crédits du plan Solidarité grand âge (PSGA) issus notamment de places d'accueil de jour non installées.

4 | ACTIVITÉ

► Dans le champ des personnes en situation de handicap

Fin 2015, on dénombrait 240 983 places en établissements et services médico-sociaux (ESMS) financés par l'assurance maladie pour personnes handicapées en France, dont 83 629 pour adultes et 157 354 pour enfants.

L'offre s'établit à 9,7 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, mais ce taux varie de 5,6 à 21,6 à l'échelle départementale. Il s'agit d'établissements pour les deux tiers, exclusivement médicalisés. Pour les adultes, l'équipement en établissements non médicalisés est majoritaire (foyers de vie, foyers d'hébergement et polyvalents, services d'accompagnement à la vie sociale).

La part des ESMS médicalisés dans l'ensemble de l'offre diffère fortement d'un département à l'autre, de 22 % à 88 %. Bien que peu équipés en structures médicalisées, certains ont en définitive un niveau d'équipement proche de la médiane en raison d'un grand nombre de structures non médicalisées.

Les ARS ont programmé, pour un montant de 421,3 M€, l'installation de 10 824 places sur la période 2016-2019, dont 42 % en 2016. Pour les enfants comme pour les adultes, la priorité de la programmation va encore à l'autisme. Les places dédiées aux déficiences psychiques restent néanmoins importantes pour les adultes.

Les plans nationaux ont permis d'installer **4 729 places en 2015**, pour un montant de 151 M€. Elles se partagent en 2 526 destinées aux adultes et 2 203 aux enfants. À l'horizon 2019, 41 745 places auront été installées grâce aux crédits des plans nationaux.

La CNSA est chargée de mettre en œuvre **le schéma national pour les handicaps rares 2014-2018**, dont le déploiement se poursuit. Dans ce champ où l'évolution de l'offre médico-sociale doit tout particulièrement favoriser la souplesse, trois leviers sont identifiés : les équipes-relais sur les territoires, les dispositifs d'appui et la création de places. Les douze équipes-relais handicaps rares ont suivi 527 situations en 2015 dont 76 % n'étaient pas connues des centres nationaux de ressources. Les ARS ont lancé des appels à projets pour des « dispositifs d'appui », qui combinent généralement places en accueil temporaire et interventions de professionnels, et font intervenir plusieurs acteurs gestionnaires et sanitaires. Enfin, 368 places ont été créées, 226 pour les adultes et 142 pour les enfants.

L'année 2015 se caractérise par une accélération de la mise en œuvre du **troisième plan Autisme 2013-2017**. Les ARS avaient autorisé 1 037 places au 31 décembre 2015 (pour 45,2 M€) et prévu d'en autoriser 1 501 supplémentaires en 2016, dont l'installation s'échelonnera jusqu'en 2019. La dynamique est encore accentuée dans le champ de l'enfance, en particulier les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). De plus, 110 unités d'enseignement en maternelle seront créées sur trois ans grâce à une forte mobilisation des ARS et des rectorats. Les plans d'action régionaux développent aussi des réponses impliquant d'autres modes d'intervention, voire des démarches innovantes.

Dans la même dynamique, l'objectif fixé par **le programme pluriannuel du handicap (PPH)** est nettement dépassé dans le champ des troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant, en établissements, mais surtout en services avec 1 581 places de SESSAD créées sur toute la durée du programme au lieu de 600 prévues. Côté adultes, l'objectif est presque atteint : 99 % des places du programme ont été autorisées. La part des SAMSah et SSIAD²⁵ demeure très minoritaire (moins de 7 %).

25. SAMSah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.



FOCUS

► Le SESSAD IDEA, un exemple de nouvel établissement pour personnes autistes

Le SESSAD spécialisé dans les interventions pour le développement de l'enfant avec risque d'autisme (IDEA) a été inauguré à Montpellier le 20 février 2016. Onze places, dédiées aux enfants de 12 à 48 mois présentant des troubles socio-communicatifs ont ainsi été créées.

Le dispositif est original car il est piloté conjointement par le CHU de Montpellier, le centre de ressources autisme Languedoc-Roussillon (LR) et l'association Sésame Autisme LR.

Il permettra d'articuler l'offre de service sanitaire et l'offre médico-sociale, et de mettre en place des interventions très précoce, dès les premiers signaux diagnostics, dans une logique de parcours au plus près de l'environnement de l'enfant.

Source : CHU de Montpellier.

COG

Une offre en évolution

► Les appels à projets des ARS

La CNSA effectue le suivi national des appels à projets (AAP) et des appels à candidatures (AAC) programmés et lancés par les ARS, en compétence exclusive ou partagée avec les conseils départementaux. Leviers de l'évolution de l'offre médico-sociale, ces deux procédures visent à la création, à la transformation ou à l'extension d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

L'année 2015 accentue encore la dynamique enclenchée en 2013 avec une nette augmentation des AAP et AAC dans le champ du handicap : sur un total de 133 lancés, 109 portent sur des structures pour les personnes handicapées (2 015 places créées). La prédominance de celles concernant l'autisme et les autres troubles envahissant du développement à titre principal se maintient (42 %).

Dans le champ des personnes âgées, avec vingt-quatre AAP et AAC lancés (678 places créées), l'activité poursuit son ralentissement, conséquence de la fin en 2012 des plans Solidarité grand âge et Alzheimer.

Enfin, six AAP et AAC ont été lancés (185 places créées) pour des structures destinées à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Une première analyse des données 2016 montre que la prédominance des projets lancés dans le champ du handicap se poursuit et, parmi eux, dans le secteur de l'autisme. On relève toutefois une nette augmentation des AAP et AAC lancés pour des structures destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées (trente et un en 2016).

FOCUS

► Handicap psychique et polyhandicap : une stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale

Les deux grands chantiers de réflexion sur le polyhandicap et sur le handicap psychique lancés par la CNH du 19 mai 2016 ont conduit à l'élaboration, à l'automne 2016, de deux volets spécifiques de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale.

Ces volets ont été élaborés de manière concertée, l'ensemble des parties prenantes étant associées à chacun des comités de pilotage.

La CNSA a présidé ou co-présidé avec la DGCS les différents groupes de travail thématiques. La stratégie décline les résultats des travaux en fiches action.

Le financement dédié à chacun de ces volets est compris dans l'enveloppe globale de 180 M€ pour cinq ans à partir de 2017.

Chaque comité de pilotage, désormais co-présidé par la DGCS et la CNSA, assurera le suivi et la mise en œuvre de ces stratégies dès le début de 2017.

► Le plan d'aide à l'investissement (PAI), un outil de modernisation de l'offre

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt à la mise en œuvre de la politique de développement de l'offre et à la modernisation des structures existantes. L'enjeu est important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980 et qui accueille des publics dont la perte d'autonomie s'accroît.

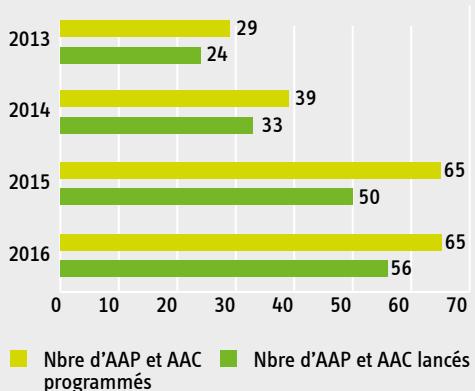
FOCUS

► Zoom sur les projets pour personnes avec autisme

Le nombre d'appels à projets et à candidatures ciblant les personnes avec autisme a plus que déculpé depuis 2011, avec une nette augmentation à partir de la publication du troisième plan Autismé en 2013. La notification aux ARS de la seconde et dernière tranche des crédits rattachés au plan en février 2015 a provoqué une nouvelle accélération de la dynamique.

Le déploiement des unités d'enseignement en maternelle (UEM) se poursuit. Elles représentent 36 % des AAP et AAC du secteur en 2015, alors même que la création d'une UEM peut être réalisée par extension non importante, sans AAP. Au-delà, les SAMSAs et les SESSAD sont majoritairement représentés dans les AAP des régions.

Évolution des AAP et AAC 2013 à 2016



Une aide déléguée aux ARS

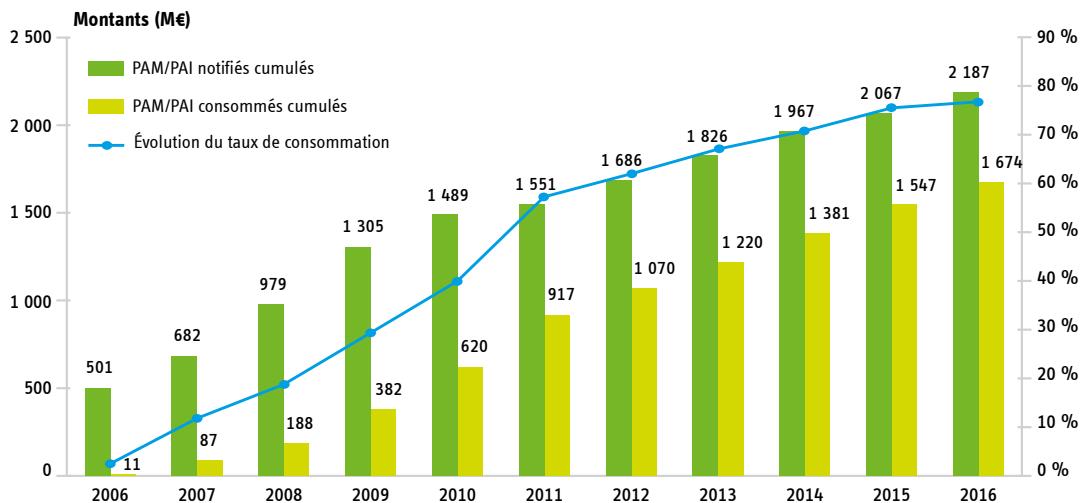
En 2016, le plan d'aide à l'investissement s'élevait à 110 M€, entièrement délégués aux ARS.

Selon les priorités fixées par le Conseil de la CNSA, l'enveloppe de 80 M€ dédiée à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes cible la modernisation d'établissements architecturalement inadaptés et la création de places soit en accueil de jour, en hébergement temporaire ou en unités d'hébergement renforcé pour les malades d'Alzheimer, soit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par transformation de capacités hospitalières.

Dans le champ du handicap (30 M€), la priorité a été donnée à la création de places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) pour les adultes, et à l'adaptation des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes ou des personnes avec autisme.



► Évolution pluriannuelle des enveloppes PAM²⁶/PAI



26. PAM : plans d'aide à la modernisation 2006 et 2007.

Source : CNSA.

Un plan d'aide pour les résidences autonomie

En application de la loi ASV, la CNSA a délégué la gestion de crédits à la CNAV²⁷ afin de soutenir des opérations d'investissement dans les résidences autonomie (ex-foyers logements) : réhabilitation, modernisation, mise aux normes ou restructuration, dans un objectif d'amélioration du confort et de la sécurité des résidents.

27. CNAV : Caisse nationale de l'assurance vieillesse.

Les crédits délégués en 2014 et 2015 ont permis de lancer 76 projets correspondant à 4 308 logements individuels.

Fin 2016, 33 ont démarré et 8 sont terminés. Une nouvelle enveloppe de 10 M€ en 2016 a permis à la CNAV de lancer un appel à projets dès juillet : sur 98 dossiers présentés (pour 30 M€ sollicités), 53 ont été sélectionnés, correspondant à 2 673 logements. Le PAI a un effet levier très fort car 1 € attribué déclenche environ 6 € de subventions d'autres origines.



FOCUS

► L'action de la CNSA à Mayotte

Mayotte, le plus récent département et région d'outre-mer (2011), met progressivement en place son organisation départementale et régionale.

Inaugurée en juin 2016, la MDPH de Mayotte a défini son projet de service et sollicité le soutien de la CNSA pour mettre en œuvre la prestation de compensation du handicap (PCH). Dans le plan qu'elle a proposé, la CNSA apporte son appui à la fois au niveau national en effectuant des missions de soutien sur place (une première en décembre 2016), et au niveau régional en finançant des missions de soutien opérationnel de la MDPH de La Réunion sur une période de six mois. En seconde étape du plan, la CNSA proposera à un référent de la MDPH de Mayotte une formation en métropole complétée par des séjours en immersion dans les MDPH de la région de l'océan Indien.

L'offre médico-sociale de Mayotte reste sous-dotée par rapport aux autres territoires français, malgré les efforts consentis ces dernières années (8 M€ notifiés entre 2010 et 2015). C'est pour poursuivre le développement de l'offre que 7 M€ en autorisation d'engagement ont été délégués à l'ARS Océan Indien fin 2016 au titre de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer.



► Une stratégie de santé pour les outre-mer

La CNSA est un opérateur clé de l'axe 3 de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer arrêtée en 2016 : « Mieux répondre aux besoins de nos concitoyens dans le champ de l'autonomie (vieillissement et handicap) ». L'action 10.3 du plan prévoit la conclusion d'un contrat-cadre de progrès CNSA-ARS-départements. Il s'agit de partager des objectifs communs, cohérents et lisibles et des stratégies d'actions communes, et de mobiliser des crédits incitatifs « leviers » nationaux.

Sur l'enveloppe quinquennale de 20 M€ destinée aux territoires ultramarins les plus déficitaires en équipements médico-sociaux (Ouest guyanais, Saint-Martin, Mayotte et La Réunion), la CNSA a notifié, dès décembre 2016, 14 M€ en autorisation d'engagement, de façon à permettre aux ARS de lancer les appels à projets.

COG | Les réformes budgétaires et tarifaires

► Nouvelles réglementations

La CNSA a contribué aux travaux réglementaires de mise en œuvre des réformes budgétaires et de la tarification du secteur médico-social prévues par la loi ASV et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 :

- la réforme tarifaire des EHPAD par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ;
- la généralisation progressive, sur cinq ans, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social ;
- le pilotage des établissements par les ressources (et non plus par les dépenses), avec notamment la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ;
- le financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) par l'assurance maladie, qui implique de les intégrer dans le pilotage de l'objectif global des dépenses (OGD) des personnes en situation de handicap ;
- l'introduction des tarifs de reconduction en année N+1 au sein des décisions tarifaires.

FOCUS

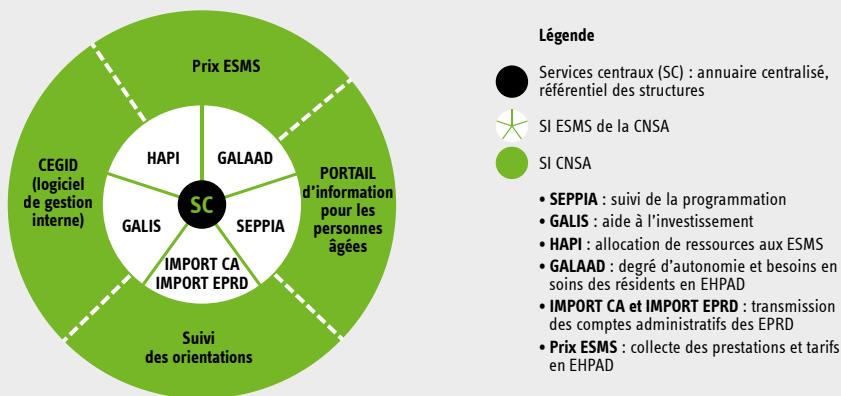
► Les systèmes d'information de l'offre collective : urbanisation et adaptation aux réformes budgétaires et tarifaires

Le système d'information de l'offre collective de la CNSA répond à sa mission de répartition et de suivi de l'exécution des dotations budgétaires allouées aux ESMS. Sa construction a pour objectif de faciliter le pilotage national et régional par les ARS :

- application SEPPIA : suivre la programmation de l'évolution de l'offre pour mieux répondre aux besoins ;
- application GALIS : suivre les plans d'aide à l'investissement ;
- applications HAPI et Import CA : allouer les ressources aux établissements et connaître les coûts ; dématérialiser la transmission des documents comptables et budgétaires entre les ARS et les établissements et services ;
- application GALAAD : recueillir le niveau de perte d'autonomie des résidents en EHPAD et en unités de soins de longue durée (USLD) et les besoins en soins médicaux et techniques.

Dans une logique d'urbanisation, à des fins de transmission facilitée et de décloisonnement des informations, ces systèmes évoluent progressivement vers une collecte dématérialisée et à la source des informations relatives à la tarification et à la programmation de l'offre.

Les systèmes d'information ESMS dans leur environnement



Les réformes budgétaires et de la tarification du secteur médico-social prévues par la loi ASV et la LFSS³⁰ de 2016 impliquent de nombreuses évolutions de l'ensemble du système d'information ESMS de la CNSA. Les travaux d'adaptation des applications ont été réalisés pour partie en 2016, ou démarrés, afin qu'elles soient opérationnelles dès 2017 :

- intégration des ESAT et de leurs spécificités dans le pilotage de l'OGD : impact sur GALIS, SEPPIA, HAPI et Import CA ;
- validation dans GALAAD des niveaux moyens de perte d'autonomie des résidents et de soins médico-techniques donnés compte tenu des pathologies, qui sont au centre des nouvelles règles de tarification des EHPAD ;
- déploiement de la plateforme de collecte du nouveau format des cadres budgétaires (EPRD) et de contrôle de ces documents par les ARS et les départements : Import EPRD ;
- intégration dans HAPI des nouvelles règles de tarification des EHPAD et des CPOM en vue de leur généralisation ;
- automatisation des calculs des tarifs de reconduction pour l'année N+1 dans HAPI ;
- déploiement d'une plateforme de recueil des prestations et tarifs des EHPAD et développement d'un comparateur de reste-à-chARGE, basé sur ces informations, sur le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr (pour une plus grande transparence sur les tarifs et les coûts, voulue par la loi ASV).

30. LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale.

La DGCS a organisé des groupes de concertation réunissant la CNSA et des représentants des ARS et des conseils départementaux, ainsi que la DSS. La CNSA a également participé aux concertations avec les fédérations représentatives des structures du secteur. Dans le cadre de l'élaboration de la campagne budgétaire, la CNSA est en charge du calcul de l'équation tarifaire appliquée aux EHPAD, qu'elle transmettra à chaque ARS. Elle a participé à la rédaction de l'instruction relative aux EPRD pour tout ce qui relève de l'analyse des données financières et comptables.

Ces réformes impliquent de nombreuses adaptations des systèmes d'information de la CNSA, qui a engagé les travaux en 2016 (voir le focus page 59).

La CNSA a également organisé et financé avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) cinq sessions **de formation sur la réforme** à l'intention des représentants des ARS et des conseils départementaux en charge de l'allocation de ressources et de la contractualisation. Le programme a été élaboré par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en concertation avec la DGCS, l'ANAP et la CNSA. Les fédérations et associations gestionnaires ont ensuite été formées (2017).

Enfin, la CNSA est responsable du déploiement d'une plateforme de collecte des EPRD et des ERRD (états prévisionnels et états réalisés des recettes et des dépenses) qui permettra aux ARS et conseils départementaux de valider ou de rejeter les dossiers qui leur seront soumis par les établissements et services. Comme pour les comptes administratifs, elle effectuera l'analyse des données collectées.

► La réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées

La CNSA copilote avec la DGCS le projet de réforme SERAFIN-PH (services et établissements, réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées).

La première phase de ce projet de grande ampleur consiste à construire un ensemble d'outils qui permettront une allocation de ressources équitable, simplifiée et facilitant des parcours de vie sans rupture. Le nouveau

modèle tarifaire fondé sur ce référentiel sera élaboré, testé et éprouvé dans la seconde phase du projet.

Les travaux sont menés au sein du groupe technique national rassemblant les principaux acteurs du secteur : administrations et agences de l'État, MDPH, ARS, l'Assemblée des départements de France (ADF), CNAMTS²⁸, et l'ensemble des fédérations et associations représentant le secteur médico-social accueillant des personnes handicapées.

Le comité stratégique a validé début 2016 les nomenclatures des besoins et des prestations d'accompagnement. Trois chantiers ont ensuite été lancés, avec l'appui du groupe technique national et du comité scientifique :

- une enquête de coûts, avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), afin de comprendre les variations du coût des prestations réalisées par les ESMS ;
- une objectivation du lien entre les besoins des personnes accompagnées et les moyens reçus par les ESMS pour mettre en œuvre les prestations, dans un objectif tarifaire ;
- l'évolution des indicateurs de performance en cohérence avec les nomenclatures SERAFIN-PH, en partenariat avec l'ANAP.

28. CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.



INTERVIEW Emmanuel Devreese

Directeur général de l'ADAPEI 33

// Qu'attendez-vous de la réforme SERAFIN ?

Avant tout, la réforme SERAFIN introduit un langage commun dans le secteur médico-social qui, à la différence du secteur sanitaire, ne disposait d'aucune norme. La nomenclature des besoins et des prestations est une première objectivation de nos missions, qui seule rend possible une mesure de la performance. Autre intérêt majeur, le prix de journée unique par établissement pourrait ainsi être remplacé par des tarifs correspondant aux besoins de chaque personne accueillie. Enfin, elle mettra fin à la diversité des modes de tarification d'un département ou d'une ARS à l'autre.



Avec cette réforme de la tarification, les pouvoirs publics se donnent un outil pour appliquer les politiques qu'ils ont définies.

À quels travaux l'ADAPEI 33 a-t-elle participé en 2016 ?

Nous sommes très investis dans ce projet. Nous sommes membres du groupe technique national et nous souhaiterions mettre d'emblée sous nomenclature SERAFIN la plateforme « Creton » que nous avons été récemment autorisés à créer.

Trois de nos établissements font partie de la première vague de l'enquête de coûts sur les données 2015 et 2016. Un de nos foyers de vie a été choisi pour le chantier d'identification de « marqueurs de charge en accompagnement » en fonction des situations. Par ailleurs, notre contrôleur de gestion participe au comité technique de l'ANAP²⁹ pour l'évolution du tableau de bord de la performance. //

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

! L'ESSENTIEL

- La CNSA alloue des ressources aux ARS en vue **du financement total ou partiel des ESMS** sur crédits de l'assurance maladie. Cette mission s'accompagne d'une exigence de lisibilité et de traçabilité, qui passe par des outils de pilotage efficents.
- La CNSA accompagne **les investissements** requis par la modernisation des établissements et la création de nouvelles places. La gestion des PAI est déconcentrée aux ARS. En 2016, la CNSA a reconduit le financement d'un PAI pour les résidences autonomie avec la CNAV.
- La réforme de la tarification engagée dans le champ du handicap, **SERAFIN-PH**, sous le double pilotage de la DGCS et de la CNSA, s'est poursuivie en 2016 avec la diffusion de la nomenclature des besoins et le lancement, notamment, d'une première enquête de coût et d'une évolution des indicateurs de performance.
- La CNSA a participé aux concertations de préparation **des réformes tarifaires du secteur médico-social**. Elle a organisé la formation à ces réformes des personnes chargées en région de l'allocation des ressources et de la contractualisation. Elle a lancé les travaux d'adaptation de l'ensemble **des systèmes d'information** mis à disposition des ARS pour une application en 2017 des nouvelles réglementations.
- La CNSA est l'opérateur clé de la stratégie nationale de santé pour **les outre-mer** dans le champ de l'autonomie définie en 2016. Elle a été particulièrement active en direction de Mayotte, qu'elle soutient notamment dans la mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap.

4.4 | L'animation, l'appui et les partenariats pour la compensation individuelle

La CNSA apporte un appui financier, méthodologique et technique aux conseils départementaux et aux MDPH. Elle assure l'animation des réseaux de professionnels et co-construit avec eux les outils nécessaires à leur action, dans l'objectif d'harmoniser les pratiques et d'assurer l'équité de traitement sur le territoire.

Informer, animer, créer du lien

Les chantiers conduits par la CNSA associent étroitement les acteurs du secteur, et l'extension de ses missions dans le cadre de la loi ASV implique une animation croisée des différents réseaux auxquels elle apporte son appui (MDPH, départements, ARS et leurs partenaires).

S'appuyant sur son expérience d'animation du réseau des MDPH, elle a étendu et renouvelé en 2016 ses méthodes et ses outils d'animation, évolution indispensable pour toucher plus largement et efficacement un grand nombre de partenaires.

La CNSA organise deux fois par an des **séminaires nationaux** avec les directeurs des MDPH. Le programme est élaboré à partir des demandes exprimées. Ils sont l'occasion d'échanger sur les grands chantiers nationaux, de travailler à la construction d'outils et de procéder à l'analyse croisée des pratiques.

Elle anime également **des rencontres techniques nationales** avec les professionnels des MDPH et des conseils départementaux, sur des thèmes spécifiques : insertion professionnelle des personnes handicapées, scolarisation, animation des équipes pluridisciplinaires, statistiques, compensation technique, systèmes d'information (SI), évaluation dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, conférence des financeurs, adaptation des logements, aide aux aidants, « Une réponse accompagnée pour tous », etc.

Des réunions de travail ou ateliers thématiques ainsi que des déplacements en région complètent le dispositif. L'animation du programme

TÉMOIGNAGE

Laurence Marin

Chargée de mission scolarisation et insertion professionnelle, CNSA



/// L'animation est très importante dans mon activité et celle de mes collègues.

C'est un moyen privilégié pour soutenir les MDPH dans la mise en œuvre de leurs missions. Nous leur apportons une expertise technique en les informant sur les évolutions du cadre réglementaire, en leur fournissant un cadre national sur lequel elles peuvent s'appuyer et en mettant au point des outils techniques et méthodologiques qui les aident dans leur pratique, dans un but d'harmonisation sur l'ensemble du territoire. Nous favorisons les échanges de pratiques entre les professionnels, qui sont souvent les seuls de leur spécialité dans leur département, ainsi qu'avec les partenaires nationaux dans les domaines concernés (emploi, scolarisation, aides techniques...).

La proximité avec les acteurs de terrain est une force pour la CNSA, qui peut ainsi nourrir sa réflexion de leurs expériences du terrain. Elle est aussi au service du parcours de vie des personnes handicapées, car être à l'écoute des professionnels permet de mutualiser les bonnes idées et de réduire les difficultés en intervenant au niveau national.

Si commun des MDPH a été l'occasion d'expérimenter la web-conférence, qui permet de toucher de manière plus interactive un plus grand nombre de professionnels en régions.

Deux nouvelles dimensions de l'animation font désormais partie intégrante du dispositif : l'animation croisée mise en place pour « Une réponse accompagnée pour tous » (MDPH/conseils départementaux/ARS) et l'animation interdépartementale mise en place pour la conférence des financeurs.

L'année 2016 est celle de **l'appropriation par les conseils départementaux des dispositions de la loi ASV**. Pour les aider, la DGCS et la CNSA ont organisé conjointement deux rencontres nationales avec les conseils départementaux et leurs partenaires : une première en mars pour présenter en détail les enjeux de la loi et une seconde, le 1^{er} décembre, pour échanger concrètement sur sa mise en œuvre.

Different canaux et supports sont utilisés pour animer les réseaux et échanger en continu. Les lettres électroniques, *Infos réseau MDPH* et, depuis mars 2016, *Infos réseau Départements*, constituent un vecteur privilégié d'échanges et de diffusion d'outils et d'informations. Des espaces dématérialisés de partage d'informations sont créés en tant que besoin pour les différents réseaux afin de mettre à disposition des productions de la CNSA, des contenus de formations ou des conseils, de partager des documents, de répondre aux questions (foire aux questions), de remonter des informations, etc.

Enfin, la CNSA répond au fil de l'eau aux questions juridiques des MDPH et entretient des relations avec les juridictions chargées de la majorité des contentieux liés aux décisions des MDPH.



FOCUS

► **Les nouvelles conventions pluriannuelles 2016-2019 avec les départements**

Les nouvelles conventions pluriannuelles entre la CNSA et les conseils départementaux prennent en compte l'élargissement de leurs compétences respectives prévu par la loi ASV. Elles couvrent l'ensemble de leur domaine commun dans les politiques de l'autonomie et fixent **le cadre stratégique de leurs relations**.

De février à septembre 2016, la CNSA a rencontré chacun des 101 départements, ainsi que la métropole Grand-Lyon, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Après une phase d'échanges pour ajuster chacune des conventions, ces dernières ont été signées dans les temps, avant le 31 décembre 2016.

Sur le plan qualitatif, le processus de négociation a apporté à la CNSA une vision globale des politiques mises en œuvre dans les départements : ces derniers s'orientent vers des politiques plus intégrées et territorialisées, et sont ainsi nombreux à concevoir des schémas départementaux de l'autonomie, dont le maintien à domicile est un axe majeur. Ces rencontres ont aussi permis de mesurer leurs préoccupations et leurs attentes dans la mise en œuvre de la loi ASV. Les mesures d'appui financier et d'appui technique prises en 2016 ont contribué à y répondre.

COG | Installer et animer les conférences des financeurs

À partir de l'expérience acquise par les vingt-quatre territoires préfigurateurs de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, la CNSA a élaboré et diffusé **un guide technique de la conférence** à l'attention de tous les territoires. Il rappelle les principes de la conférence, propose des bonnes pratiques pour l'installer et définir une stratégie de prévention et, enfin, éclaire sur l'éligibilité des actions aux concours financiers. La CNSA a versé 5,05 M€ en 2016 aux départements afin de les soutenir dans la phase de déploiement sur l'ingénierie de projet, l'animation partenariale et la mise en œuvre administrative du dispositif.

Pour accompagner le lancement du dispositif et son appropriation par les territoires, la CNSA a contribué à l'organisation de **douze rencontres interdépartementales** aux côtés des conseils départementaux, des ARS et des autres partenaires de la conférence des financeurs tels que l'interrégime (CARSAT, MSA, RSI³¹). Elle **anime et alimente un espace partagé** qui propose à près de 400 participants une centaine de documents, des documents-types, une foire aux questions, etc.

Les vingt-quatre territoires préfigurateurs ont défini une stratégie dès le premier semestre 2016, tandis que les autres territoires ont réuni leur conférence à partir du mois de juillet. Les premières actions des programmes de prévention ont été organisées en 2016, bénéficiant d'un financement de la CNSA à hauteur de 102 M€.

31. CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ; MSA : Mutualité sociale agricole ; RSI : Régime social des indépendants.



La CNSA a également versé 25 M€ aux départements au titre du « **forfait autonomie** » dédié aux actions de prévention individuelles ou collectives dans les résidences autonomie. Cette aide est attribuée à l'établissement dès lors qu'un CPOM définit ses engagements, conformément aux priorités définies par la conférence des financeurs.

La CNSA organise enfin **des ateliers thématiques** pour approfondir les sujets qui intéressent les conférences (le rapport d'activité, l'adaptation du logement, les aides techniques, le soutien aux aidants...).

COG | Adapter les logements

La CNSA et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) sont signataires de **la convention multipartite** du 5 juillet 2016 entre les ministères des Affaires sociales et de la Santé, du Logement et de l'Habitat durable et différents partenaires du bâtiment, de l'habitat et des régimes sociaux. Cette convention a pour objet d'**amplifier l'adaptation des logements privés et sociaux à l'avancée en âge** de la société. L'adaptation des logements fait appel à des compétences variées et implique des financeurs divers sur les territoires qu'il convient de coordonner plus étroitement pour garantir l'accès des citoyens aux dispositifs et aux aides.

Dans le cadre des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, la CNSA a engagé des travaux avec une dizaine de territoires volontaires pour développer des coordinations locales en la matière. Ces travaux permettront d'identifier des priorités d'action commune, de produire des recommandations et outils facilitateurs, visant la diffusion la plus large de cette approche intégrée de l'adaptation des logements, par capitalisation et essaimage des bonnes pratiques. La première rencontre s'est tenue le 23 novembre 2016 à Paris, avec vingt-quatre territoires mobilisés.

Par ailleurs, **la CNSA et l'ANAH** ont signé en 2015 **une convention de partenariat** de deux ans pour l'adaptation de logements privés aux contraintes liées à la perte d'autonomie. L'ANAH subventionne en effet les travaux d'adaptation réalisés par les personnes âgées ou handicapées qui souhaitent rester chez elles

malgré leur perte d'autonomie. Dans le cadre de cette convention, la CNSA a versé en 2015 à l'ANAH une participation de 20 M€ pour l'adaptation de 6 000 logements supplémentaires. L'objectif a été dépassé : l'adaptation de 15 781 logements a été subventionnée en 2015 (3 899 appartenant à des personnes handicapées et 11 881 à des personnes âgées). En 2016, la CNSA a versé une nouvelle contribution de 20 M€ à l'ANAH.

Par cette convention, la CNSA et l'ANAH s'engageaient également à co-piloter la réalisation **d'un référentiel des coûts des travaux d'aménagement** à destination des délégations locales de l'ANAH, des équipes des MDPH et des équipes médico-sociales des conseils départementaux. Les MDPH ont été associées à la construction de cet outil dont l'objectif est d'aider les instructeurs des demandes d'aide financière à comprendre les devis transmis par les propriétaires.

COG | Appuyer les MDPH et harmoniser les pratiques

▶ Harmoniser les pratiques des MDPH

Le nouveau **référentiel de missions et de qualité de service des MDPH** finalisé en 2015 avec les associations et les MDPH présente les sept missions des MDPH et définit pour chacune d'elles le niveau de qualité de service minimal attendu. Chaque MDPH doit désormais déterminer une trajectoire progressive d'amélioration à partir **d'un autodiagnostic**. Démarche interne d'appui au management de la politique qualité, l'autodiagnostic dresse un état des lieux de son fonctionnement au regard des différents niveaux de qualité attendus.

La CNSA a diffusé aux directeurs de MDPH, en décembre 2016, **un kit d'autodiagnostic** pour déployer la démarche. Concrètement, accompagnant le référentiel, ce kit se compose du questionnaire en ligne pour établir l'autodiagnostic, de la trame du questionnaire et d'un guide d'aide comprenant des préconisations sur la démarche.

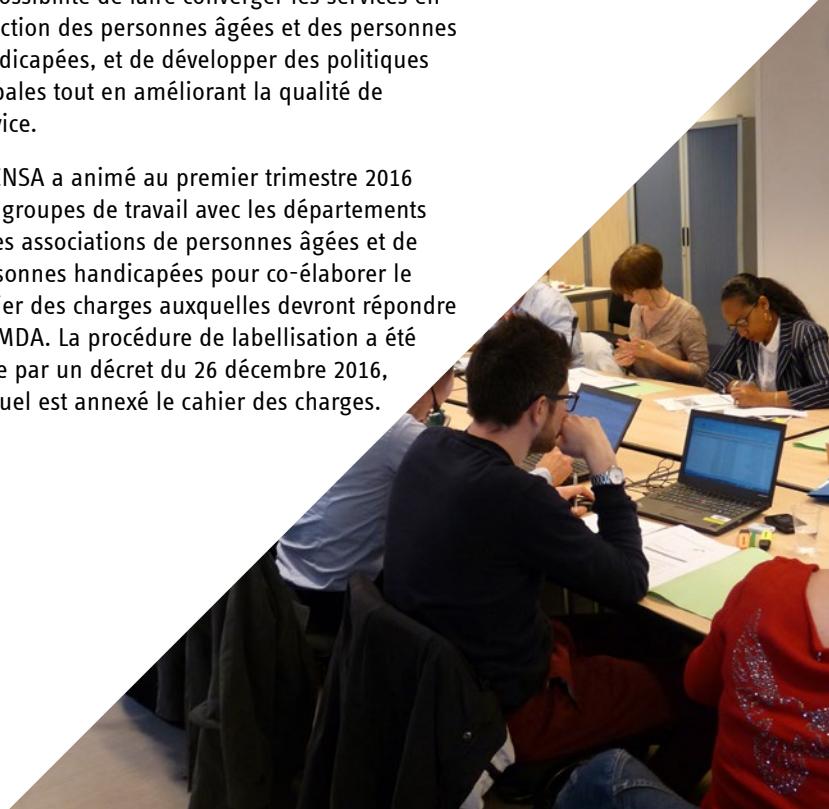
Le référentiel est annexé à chaque convention pluriannuelle signée avec le conseil départemental, qui s'engage à ce que la MDPH effectue un autodiagnostic. La CNSA accompagnera les MDPH dans la dynamique de montée en charge de la démarche tout au long de l'année. Tenant compte des niveaux de maturité hétérogènes des MDPH en matière d'appropriation des outils et démarches de conduite du changement, elle proposera aux volontaires des ateliers sur les restitutions de diagnostics, leur analyse et le partage de bonnes pratiques.

Par ailleurs, plusieurs **guides d'appui technique à l'évaluation des demandes** ont été élaborés avec le concours actif des MDPH et de leurs partenaires : *Troubles du spectre de l'autisme et Épilepsies et handicap* publiés en 2016 ; *Troubles psychiques, VIH et handicap, PCH aides techniques et PCH aides humaines* ont été préparés pour une publication au 1^{er} semestre 2017.

▶ Maisons départementales de l'autonomie

La loi ASV prévoit la possibilité pour le président du conseil départemental d'organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées, en vue de la constitution d'une maison départementale de l'autonomie (MDA). Elle pose le principe d'une labellisation de cette organisation par la CNSA. La MDA offre ainsi la possibilité de faire converger les services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, et de développer des politiques globales tout en améliorant la qualité de service.

La CNSA a animé au premier trimestre 2016 des groupes de travail avec les départements et les associations de personnes âgées et de personnes handicapées pour co-élaborer le cahier des charges auxquelles devront répondre les MDA. La procédure de labellisation a été fixée par un décret du 26 décembre 2016, auquel est annexé le cahier des charges.



Le cahier des charges rappelle la définition, les expériences de rapprochement connues, le contexte et les enjeux relatifs aux MDA. Il détaille les critères de labellisation et les pièces justificatives à fournir en quatre chapitres :

- la démarche de mise en place de la MDA ;
- le fonctionnement de la MDA dans son ensemble ;
- les missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation ;
- les missions d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide.

L'objectif est que ce rapprochement des moyens soit un levier d'efficience, mais surtout de qualité de service, dans le respect de la gouvernance des MDPH et en prenant en compte la spécificité des publics.

► Des formations conjointes à la scolarisation des enfants en situation de handicap

École inclusive et droit à la scolarisation de tous les enfants sont les grands principes soutenus par les pouvoirs publics. Offrir aux enfants en situation de handicap un parcours scolaire personnalisé nécessite que les acteurs d'un même territoire coopèrent

et partagent des références communes. C'est l'objectif de la convention de partenariat 2015-2017 entre le ministère de l'Éducation nationale, la CNSA, le CNFPT et le Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale (UNIFAF). Elle vise la formation conjointe des professionnels de terrain intervenant directement auprès des enfants, d'une part, et de leurs encadrants (inspecteurs d'académie, directeurs de MDPH et directeurs d'établissements médico-sociaux pour enfants), d'autre part. À travers la compréhension du rôle et des missions des différents acteurs, les collaborations seront facilitées.

Près de 3 000 professionnels du secteur sont concernés. Expérimenté dans trois académies en 2015, le dispositif de formation est en cours de déploiement dans l'ensemble des académies (2016-2017). Douze académies ont organisé des sessions de formation en 2016, une par académie à destination du personnel d'encadrement et quarante-trois au total à destination du personnel d'accompagnement. La formation a ainsi été dispensée à 1 159 professionnels des établissements et services médico-sociaux, des MDPH et de l'Éducation nationale. Un avenant à la convention permettra de déployer la formation en 2018 dans les départements d'outre-mer.



FOCUS

► Moderniser le système d'information des MDPH



La loi ASV a confié à la CNSA la mission de concevoir et mettre en œuvre un système d'information commun aux MDPH (SI MDPH). Les enjeux sont pluriels : l'équité de traitement des personnes en situation de handicap, l'efficience des SI des MDPH, une vision consolidée au niveau national et la mise en œuvre de projets structurants comme « Une réponse accompagnée pour tous ». Cette modernisation des SI des MDPH va de pair avec la transformation de leurs métiers. Elle consiste à harmoniser progressivement leurs systèmes d'information en définissant un tronc commun de leurs processus métiers et des services transverses d'échanges d'informations avec leurs partenaires (les ESMS, la CAF, la CNAV, l'Imprimerie nationale, l'Éducation nationale...).

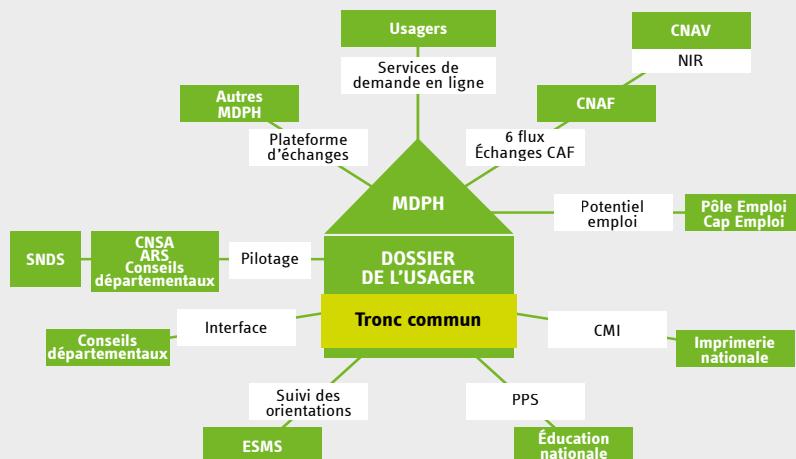
Compte tenu de sa complexité, le programme est mené par paliers fonctionnels successifs comprenant chacun une phase de conception en co-construction avec les MDPH, les partenaires et les éditeurs, une phase de réalisation par les éditeurs et une phase de déploiement et d'accompagnement.

Les bases du programme SI MDPH ont été posées en 2016 :

- mise en place de la gouvernance, notamment une nouvelle relation avec les éditeurs des systèmes d'information des MDPH ;
- diagnostic des systèmes existants (quatre-vingt-dix-neuf MDPH) : outils disponibles et usages, attentes ;
- conception de l'ensemble du premier palier du programme en concertation avec les MDPH, les conseils départementaux et les ARS : tronc commun (quarante MDPH impliquées), deux flux d'échanges avec la CAF, accès au numéro de sécurité sociale (NIR) issu du système national de gestion des identifiants géré par la CNAV, urbanisation du suivi des orientations ; cet ensemble a été traduit en un référentiel fonctionnel et technique, c'est-à-dire un cahier des charges pour les éditeurs ;
- définition du dispositif contractuel : stratégie juridique et financière (appel à candidatures, convention, prérequis...).

La mise en place **du système d'information de suivi des décisions d'orientation des personnes handicapées** est placée sous la responsabilité des ARS et des conseils départementaux. De son côté, la CNSA assure le pilotage global de la démarche, définit les référentiels nationaux et accompagne les ARS et les départements pour le lancement du projet. De plus, elle apporte, conformément aux conclusions de la CNH du 19 mai 2016, une aide financière de 13 M€ pour le SI MDPH et de 2 M€ pour le suivi des orientations.

SI des MDPH : un tronc commun et des services transverses



Mars 2016.

Tronc commun : efficience du système pour le traitement des demandes ; services transverses : échanges avec les partenaires.
PPS : projet personnalisé de scolarité ; CMI : carte mobilité inclusion.



TÉMOIGNAGE

Assia Afaifia

Directrice du programme SI commun des MDPH, CNSA



Face à un programme d'une telle envergure, composé de plusieurs projets, impliquant des partenaires multiples et de nouveaux réseaux d'acteurs et contraint par des délais serrés, nous avons mis l'accent sur les méthodes de travail. Ainsi, nous fonctionnons en « mode projet », avec une comitologie

importante, l'implication forte de la direction générale de la CNSA et des outils de management de projet (suivi, *reporting*, plan management).

Nous avons aussi constitué une équipe dédiée qui permet des liens fonctionnels forts entre la direction « métiers » et la direction « système d'information » de la CNSA : je suis ainsi entourée de quatre chefs de projet « métiers » et, côté « SI », d'un directeur de projet et de trois chefs de projet (certains à temps partiel). Pour chaque projet du programme, nous associons également des experts-métiers de la CNSA et des prestataires, en particulier l'ASIP Santé.

Enfin, pour accroître l'efficience, la dynamique et la transparence des échanges, nous utilisons de nouveaux outils d'animation du réseau, comme la web-conférence mensuelle, l'accès direct à l'information, sur leur propre site, des participants dont le nombre n'est pas limité, questions et réponses par *chat* en séance... //



FOCUS

► Le conventionnement avec les réseaux de l'aide à domicile

Les principales fédérations d'associations ou d'entreprises de services d'aide à domicile bénéficient du soutien financier de la CNSA (section IV de son budget), formalisé dans des conventions nationales : UNCCAS, UNA, Handéo, FEDESAP, ADESSA Domicile, FEPEM, ADMR³² et Croix-Rouge française. Les conventions avec ces deux dernières ont été renouvelées en 2016.

En outre, une nouvelle convention a été signée avec le réseau IDEAL et l'association EDESS (Échanges de données dans l'espace sanitaire et social) pour favoriser l'interopérabilité des échanges entre les conseils départementaux et les services d'aide à domicile, notamment la diffusion du standard de télégestion ESPPADOM.

Le soutien financier de la CNSA à ces différents réseaux et organisations s'est élevé à 16,8 M€ en 2016.

32. UNCCAS : Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale ; UNA : Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles ; FEDESAP : Fédération française des services à la personne ; FEPEM : Fédération des particuliers employeurs de France ; ADMR : Aide à domicile en milieu rural.

COG | L'aide à domicile

La CNSA apporte son soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services de l'aide à domicile, soit en cofinançant des plans d'action départementaux pilotés par les conseils départementaux, soit en subventionnant les grandes fédérations nationales de services d'aide à domicile.

Le soutien de l'offre de services à domicile apporté par la CNSA via les conseils départementaux prend la forme de **conventions départementales de modernisation des services d'accompagnement et d'aide à domicile** (SAAD), dans une logique d'organisation territoriale de l'offre. Les plans d'actions, cofinancés sur la section IV de son budget, visent à encourager la structuration du secteur (regroupement de services) et la modernisation des services (amélioration de la gestion, nouveaux outils de gestion), ainsi qu'à professionnaliser le personnel (amélioration de l'accès aux métiers de l'aide à domicile, formation).

En 2016, les conventions ont concerné quarante-neuf départements qui ont bénéficié d'un cofinancement de la CNSA de l'ordre de 50 %, pour un montant total de plus de 12,2 M€.

La démarche de refondation des services de l'aide à domicile initiée avec les départements et les acteurs du secteur constitue un autre cadre d'intervention de la CNSA. Elle gère le fonds de restructuration des services d'aide à domicile (25 M€ en 2016).

Fin 2016, à l'initiative de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, de la secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie et de la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, et dans le cadre de la démarche de refondation de l'aide à domicile mise en œuvre au niveau départemental, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a confié à la CNSA la gestion d'**un fonds de 50 M€** permettant de conforter la dynamique d'**amélioration des pratiques** conduite localement.

La CNSA a lancé le 23 novembre 2016 un appel à candidatures afin d'identifier les départements souhaitant bénéficier de ce fonds pour des actions de :

- définition d'une stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile ;
- développement des bonnes pratiques partagées entre départements et SAAD à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;
- restructuration des SAAD en difficulté.

Le rapport de **l'étude nationale des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile** et des facteurs explicatifs de **leur coût** confiée par la CNSA et la DGCS à une société de conseil a été publié en mai 2016. Menée sur un échantillon de quarante-quatre structures entre septembre 2014 et février 2016, l'étude fait ressortir trois facteurs principaux de variation du coût horaire : la convention collective, la taille du service et le taux de présence à domicile. Elle montre que le volume des plans d'aide est fortement lié au niveau de dépendance des personnes et qu'ils présentent une certaine homogénéité par profil de public.

COG L'aide aux aidants

En France, 8,3 millions de personnes (membre de la famille, ami, conjoint...) accompagnent quotidiennement un proche malade, handicapé ou âgé³³. La CNSA vient en appui des acteurs de l'aide aux aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie par la mise à disposition d'outils et de référentiels, l'animation de réseaux et l'octroi de financements. Son cadre d'intervention a été renforcé en 2016 par la loi ASV du 28 décembre 2015.

La CNSA a établi sa feuille de route pour la période 2016-2019 ainsi qu'une nouvelle doctrine de soutien financier aux actions d'accompagnement des aidants. Elle contribue en ce sens à une meilleure structuration des actions en leur direction.

La feuille de route de la CNSA structure l'animation des réseaux de référents impliqués dans la mise en œuvre de la politique d'aide aux aidants au sein des associations, des conseils départementaux (en complément de l'animation de la conférence des financeurs) et des ARS. Elle s'inscrit dans une perspective de cohérence des stratégies, de capitalisation des pratiques, d'appui technique à l'utilisation de la section IV

du budget de la CNSA et de co-construction de la doctrine en faveur des aidants. En 2016, les rencontres avec les référents ont permis d'alimenter la dimension « aidant » du référentiel d'évaluation des besoins dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (publié par arrêté au 5 décembre 2016), le guide technique de la conférence des financeurs s'agissant du diagnostic territorial de l'offre et des besoins des aidants, ainsi que le projet de guide méthodologique d'appui à la mobilisation de la section IV en faveur des aidants.

TÉMOIGNAGE

Virginie Cottin

Chef de projet formation des aidants,
Union France Alzheimer



/// L'appui que nous recevons de la CNSA pour déployer nos actions de formation des aidants n'est pas seulement financier, il est aussi technique, en particulier pour effectuer le bilan annuel de la convention et pour élargir son champ d'action. Ainsi, nous complétons aujourd'hui les formations des aidants, qui sont organisées dans l'ensemble du réseau avec des entretiens individuels préalables et des réunions de suivi pour continuer les échanges. Nous leur proposons aussi des groupes de parole.

En parallèle, les réunions trimestrielles avec l'ensemble des associations, qui ont débuté en 2016, sont très utiles pour échanger sur nos pratiques et élaborer collectivement une doctrine commune d'aide aux aidants. ///

33. Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, DREES, 2008.

La loi ASV ayant élargi les possibilités de **cofinancement de la CNSA** au titre de la section IV de son budget au-delà des actions de **formation**, les conventions peuvent désormais comporter des actions d'**accompagnement des aidants** : actions de sensibilisation, de soutien moral et/ou social (groupes de paroles par exemple) ou d'information. La négociation des nouvelles conventions pluriannuelles avec les conseils départementaux a fourni à la CNSA l'occasion de les sensibiliser à cette politique publique en cours de construction. Ils ont ainsi été systématiquement encouragés à inclure l'aide aux aidants dans **les conventions départementales de modernisation de l'aide à domicile** : sur quarante-neuf conventions, trente-trois comportent un axe spécifiquement dédié aux aidants familiaux, pour un engagement financier de la CNSA à hauteur de 1,7 M€. Le degré d'appropriation de cette thématique est néanmoins variable d'un département à l'autre dans sa déclinaison opérationnelle.

La CNSA délègue également des crédits aux ARS : l'instruction 2016 relative à la mesure 50 du **plan Maladies neurodégénératives**, dédiée à l'accompagnement des proches aidants, a prévu un engagement de la CNSA à hauteur de 1,4 M€.

La CNSA poursuit en parallèle sa politique de **conventionnement avec des associations nationales** pour la mise en œuvre d'actions de formation et d'accompagnement des aidants.

En 2016, quatre nouveaux accords-cadres, signés avec France Alzheimer, France Parkinson, l'UNAFAM et l'APF³⁴, s'ajoutent aux douze signés entre 2009 et 2015. L'engagement de la CNSA pour l'ensemble de ces conventions en 2016 s'élève à 3,3 M€.

Au total, l'engagement de la CNSA pour les aidants au titre de la section IV pour l'année 2016 est de **6,4 M€, soit 2,4 M€ de plus qu'en 2015**.

Par ailleurs, l'année 2016 est marquée par l'élaboration **d'une stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants des personnes en situation de handicap**, décidée par la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016. La CNSA a participé au comité de pilotage et animé des groupes de travail. Elle assure conjointement avec la DGCS le pilotage et le suivi de la mise en œuvre des stratégies.

34. APF : Association des paralysés de France.

COG

Les aides techniques

Associées aux aides humaines, les aides techniques contribuent pleinement à la préservation de l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, et à la compensation des situations de handicap. La CNSA contribue au financement de la PCH et de l'APA, qui prennent en charge tout ou partie des aides techniques. En outre, depuis janvier 2016, à l'instar de ce qu'elle fait avec les MDPH, la CNSA appuie les équipes médico-sociales des conseils départementaux en charge de l'APA et celles des conférences des financeurs. Les actions proposées concernent le repérage des besoins des personnes âgées, l'information, l'évaluation et le conseil mais aussi l'évaluation du service rendu et les modes de mise à disposition innovants (prêt, recyclage...).

Les deux journées annuelles des correspondants « compensation technique » des MDPH sont désormais élargies aux équipes médico-sociales des conseils départementaux. La journée de juin a été l'occasion de présenter aux correspondants **le guide d'appui aux pratiques** des MDPH pour la composante aides techniques de l'instruction des dossiers de demande de compensation. À paraître début 2017, ce guide explicite et clarifie la réglementation en vigueur.

En complément de ce guide, la CNSA met à disposition **un référentiel national de tarification des aides techniques de la PCH**, co-construit avec les équipes des MDPH. Il a pour objectif d'harmoniser et de simplifier l'étape de détermination de la modalité de tarification des aides techniques en PCH.

Dans le cadre de l'animation de **la conférence des financeurs**, la CNSA a réuni un groupe de travail sur les modalités de financement des aides techniques pour les personnes âgées. Deux autres chantiers ont été lancés avec les équipes médico-sociales APA, l'un pour partager les pratiques en matière d'aides techniques et capitaliser les outils existants, et l'autre pour élaborer un guide-repère sur les aides techniques.

L'ESSENTIEL

- La CNSA apporte son **appui technique, organisationnel et stratégique** aux MDPH et aux équipes médico-sociales des conseils départementaux, au bénéfice des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie.
- **L'animation des réseaux** de professionnels des MDPH, départements, ARS et leurs partenaires a pour objectif de contribuer à l'amélioration du service rendu et de renforcer l'équité de traitement sur tout le territoire. Elle a évolué en 2016 vers l'animation croisée et l'animation interdépartementale.
- Les nouvelles **conventions pluriannuelles** entre la CNSA et les départements ont toutes été signées avant fin 2016.
- Les vingt-quatre territoires préfigurateurs de **la conférence des financeurs** de la prévention de la perte d'autonomie ont défini leur stratégie, tandis que les autres ont réuni leur conférence à partir du mois de juillet. Les premières actions des programmes de prévention ont été organisées.
- **L'adaptation des logements à l'avancée en âge** a progressé vers une plus grande coordination des acteurs au niveau local, à travers la convention multipartite signée avec les ministères concernés : des travaux ont débuté dans le cadre des conférences des financeurs. De plus, la CNSA a versé à l'ANAH une nouvelle contribution pour participer au subventionnement des travaux d'adaptation de logements privés.
- Les MDPH ont été outillées pour réaliser **l'autodiagnostic** de leur qualité de service et définir leur trajectoire d'amélioration.
- Plusieurs **guides d'appui technique à l'évaluation des demandes** ont été élaborés avec le concours actif des MDPH et de leurs partenaires. Deux ont été publiés en 2016 : *Troubles du spectre de l'autisme et Épilepsies et handicap*.
- La procédure de labellisation des **MDA** a été fixée par un décret du 26 décembre 2016, auquel est annexé le cahier des charges.
- Après avoir été expérimenté en 2015, le dispositif de **formations croisées à la scolarisation des enfants en situation de handicap** est en cours de déploiement dans l'ensemble des académies.
- Les bases du programme de mise en œuvre **d'un système d'information commun aux MDPH**, chantier majeur, ont été posées en 2016, de sorte que les développements du premier palier fonctionnel peuvent débuter en 2017. Le cadre de réalisation du **système d'information du suivi des orientations** est également mis en place.
- La compensation des conséquences du handicap et le soutien à l'autonomie mobilisent **des aides humaines et des aides techniques**. Pour améliorer l'adéquation entre ces aides et les besoins et attentes des personnes, la CNSA a poursuivi sa politique de conventionnement de **modernisation des services d'aide à domicile** avec les départements et les réseaux associatifs d'aide à domicile. Elle a lancé un appel à candidatures des départements pour bénéficier d'un fonds exceptionnel d'appui aux bonnes pratiques de 50 M€. Forte de sa feuille de route 2016-2019 et de sa nouvelle doctrine de soutien financier aux actions d'**accompagnement des aidants**, la CNSA a structuré en 2016 l'animation des réseaux impliqués et encouragé les départements à inclure un axe dédié aux aidants familiaux dans les conventions de modernisation de l'aide à domicile (trente-trois conventions sur quarante-neuf).



4.5 | Le soutien à la recherche et à l'innovation

Avec l'appui stratégique et méthodologique de son Conseil scientifique, la CNSA apporte son soutien à la recherche, aux études et aux actions innovantes. Son objectif est de mettre la connaissance et l'expérimentation au service des solutions de demain. En 2016, la CNSA a consacré 5,1 M€ en subventions directes à la recherche et à l'innovation.

COG | Le soutien à la recherche

La CNSA soutient financièrement différents types d'actions dans les champs du handicap et de la perte d'autonomie : la constitution de données de références pour la recherche, le fonctionnement d'opérateurs de recherche, des appels à projets de recherche, des projets de recherche ponctuels sur des thèmes d'intérêt pour la CNSA et, enfin, les Rencontres scientifiques de la CNSA.

Au total, le soutien de la CNSA à la recherche s'élève en 2016, toutes actions confondues, à près de 1,9 M€, financé par la section V de son budget.

► Succès des Rencontres scientifiques

La quatrième édition des Rencontres scientifiques de la CNSA a réuni les 12 et 13 décembre près de 600 participants, chercheurs, professionnels, décideurs et personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, pour échanger sur le thème de la qualité de vie : **Autonomie et qualité de vie, entre aspirations et pratiques**. Quarante-sept intervenants, français et étrangers, jeunes chercheurs ou chevronnés, sont venus présenter leurs travaux sur ce thème et échanger avec les participants, en tables rondes et en ateliers. La spécificité des Rencontres scientifiques de la CNSA repose sur cet échange, à partir de questions et de travaux scientifiques, sur des sujets faisant écho à la fois à la pratique vécue et à des enjeux forts de politique publique.

Les chercheurs ont montré que la notion de qualité de vie conduit à déplacer l'analyse à partir du point de vue de la personne, avec sa dimension subjective. Mais la personne n'est pas toujours en mesure d'exprimer ou de faire entendre ce qu'elle pense. Dans les faits, les désaccords sont possibles sur la façon de saisir ce point de vue et d'en tenir compte. Des tensions peuvent exister entre les besoins, aspirations ou désirs de la personne et la réalité des pratiques, des dispositifs et, plus généralement, des politiques.

FOCUS

Le Conseil scientifique de la CNSA

Le Conseil scientifique s'est réuni en séance plénière à deux reprises en 2016. Le 24 mars, il a travaillé sur les enjeux et modalités du soutien à la recherche technologique pour la compensation. Le 29 septembre, il a initié une réflexion sur les modalités d'élaboration de priorités de recherche à moyen terme sur le handicap et la perte d'autonomie.

Les travaux de la commission Évaluation et de la commission Structuration de la recherche se sont poursuivis. Le groupe de travail de préparation des quatrièmes Rencontres scientifiques a défini le programme scientifique de la manifestation.



TÉMOIGNAGE

Marie-Ève Joël

Présidente du Conseil scientifique



La recherche sur le handicap et la perte d'autonomie est l'objet de fortes attentes. Elle se développe et grandit en volume et en qualité. Nos dernières rencontres scientifiques ont montré la diversité et la richesse des travaux en cours, dont ceux de jeunes chercheurs prometteurs. Je m'inscris en faux contre les discours misérabilistes qui décrivent cette recherche comme faible sur le plan méthodologique ou « en retard » par rapport au reste des sciences. Au contraire, le handicap et la perte d'autonomie sont des objets de recherche de plus en plus investis, par des chercheurs de plus en plus nombreux, de disciplines très diverses (sociologie, économie, droit, psychologie, géographie...). Les financements réguliers et importants de la CNSA jouent, de toute évidence, un rôle structurant dans le développement de cette recherche, au niveau de la sélection, de l'évaluation et de la valorisation de ces projets.

Pour poursuivre cet effort de structuration, notre Conseil scientifique a initié en 2016 une réflexion sur les priorités qu'il faudrait donner à cette recherche. Celle-ci est par essence pluridisciplinaire. Les priorités doivent être définies au regard des enjeux scientifiques propres à chaque discipline et des défis sociétaux que pose le handicap. Le Conseil scientifique de la CNSA est un des rares espaces (je devrais dire le seul) où cette réflexion prospective a lieu et prend forme. Par ailleurs, avant d'être des questions pour la recherche, à réfléchir et à analyser, le handicap et la perte d'autonomie sont des expériences de vie et des situations concrètement vécues. La recherche participative est un deuxième axe de réflexion à ouvrir.



► Un nouveau contrat avec l'EHESP

Dans le cadre de l'aide qu'elle apporte au fonctionnement aux opérateurs d'étude et de recherche, la CNSA a signé en juillet 2016 **un contrat de recherche avec l'EHESP** pour mettre en place un programme de travail commun sur l'observation et l'analyse des transformations de l'offre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées. Ce contrat permettra de consolider la Maison des sciences sociales du handicap (MSSH), pôle pluridisciplinaire d'étude et de recherche de référence sur le handicap et la perte d'autonomie. Le concours de 650 000 € de la CNSA est destiné à financer deux postes d'ingénieurs de recherche durant les cinq ans du contrat.



Le soutien à l'innovation

La CNSA soutient les actions innovantes *via* un dispositif ouvert et permanent de soumission de projets et, depuis 2015, des appels à projets thématiques.

Au total, le soutien de la CNSA à l'innovation s'élève en 2016, toutes actions confondues, à 3,2 M€, financé par la section V de son budget.

► La sélection de projets innovants

Différents porteurs de projets peuvent se tourner vers la CNSA pour solliciter une subvention pour la réalisation d'études, d'actions innovantes, d'expérimentations, et le développement d'outils métiers ou destinés aux usagers ou l'organisation de colloques. Après avoir fait l'objet d'une instruction interne et souvent d'expertises externes, ces demandes sont examinées par un comité d'attribution des subventions. Celui-ci se réunit plusieurs fois par an et émet un avis au directeur de la CNSA sur les projets. Environ un projet déposé sur deux est retenu. Les projets non retenus sont parfois inéligibles, mais ils sont le plus souvent écartés pour des raisons de qualité méthodologique.

En 2016, ce sont quarante et un projets qui ont été retenus pour être subventionnés, représentant un concours total de la CNSA de 1,9 M€.

FOCUS

► Exemples de projets financés au titre des actions innovantes

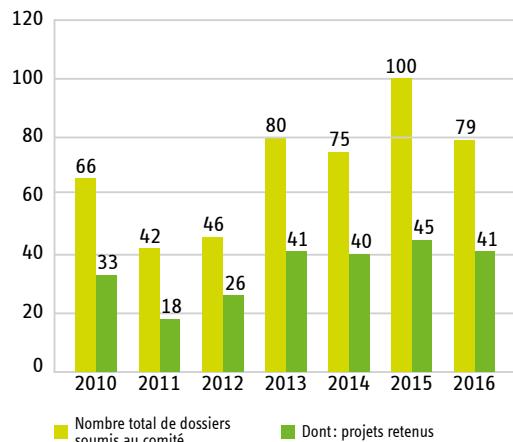
Le projet **Colocation en responsabilité partagée – Vivre avec la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés** est porté, à Beauvais, par les Petits Frères des pauvres. Il expérimentera une nouvelle forme d'habitat, un domicile partagé, dont l'originalité est de reposer sur un engagement entre colocataires atteints de la maladie et sur une implication des proches aidants. En ce sens, le projet n'est pas une structure médico-sociale, mais se veut une alternative aux dispositifs existants, tout en accueillant un public relativement dépendant (subvention : 34 000 €).

Le département du Gard va développer, entre 2016 et 2018, **une démarche de design social** pour mettre en œuvre certaines orientations de son schéma de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Appliquée aux politiques publiques, le design social est une méthode pour concevoir, avec les citoyens, des politiques plus adaptées aux usages. L'objectif est d'améliorer la performance des services publics rendus à l'usager/citoyen. Le département du Gard entend ainsi améliorer la pertinence, la qualité et l'efficience des dispositifs. À la demande de la CNSA, il réalisera un guide du design social pour permettre à d'autres départements d'appliquer cette méthode. Ce projet illustre et concrétise la volonté du Conseil de la CNSA qui avait formulé en 2013 des préconisations pour affirmer la citoyenneté de tous (subvention : 80 000 €).

Le projet **Capdroits – Accompagner l'exercice des droits et libertés dans la citoyenneté**, porté par le collectif de chercheurs Contrast et le Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, consiste à donner aux personnes en situation de handicap des outils (connaissances, guide méthodologique...) afin qu'elles puissent exercer leurs droits et être notamment en capacité de formaliser des plaidoyers (subvention : 162 000 €).

► Projets « actions innovantes » examinés et sélectionnés en 2016



Source : CNSA.

► Un appel à projets sur l'accès à des loisirs choisis

Depuis 2015, la CNSA organise un appel à projets annuel pour le soutien d'actions innovantes portant sur un même thème. Elle a lancé en avril 2016 un deuxième appel à projets thématique pour : « **Améliorer l'accès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie à des activités de loisirs choisies** ». Il a remporté un vif succès, avec 114 projets déposés. Les quinze projets retenus vont permettre d'initier ou de consolider une large palette d'actions, pour une subvention totale de près de 1,3 M€.

Deux projets s'adressent à des situations de handicap particulières, les déficients visuels et les personnes sourdes atteintes du syndrome d'Usher (cf. focus ci-contre), et deux concernent les personnes âgées. Les onze autres projets visent des personnes en situation de handicap sans distinction d'âge ni de déficience. Trois projets proposent des dispositifs d'étude, d'enquête ou de recherche-action pour révéler les aspirations individuelles, en partie non formulées ou limitées par une représentation restrictive des possibles.

Dans le même esprit, deux projets portés par des réseaux d'établissements et services médico-sociaux visent à diversifier leur offre d'activités de loisirs. Trois projets sont centrés sur l'ingénierie nécessaire pour permettre

un accès durable à des activités régulières. Deux projets visent à proposer aux personnes handicapées des « accompagnants » pour accéder aux loisirs qu'ils souhaitent. Enfin, une association a pour ambition de concevoir et expérimenter un « dispositif d'inclusion artistique » d'enfants handicapés dans les conservatoires de musique franciliens.

► Le suivi des appels à projets thématiques

Les appels à projets thématiques permettent de faire converger sur un même thème des propositions d'innovations complémentaires. Le suivi conjoint des projets retenus sur un même thème permet à chaque porteur de bénéficier des apports croisés des autres projets pour concevoir et développer son action.

La CNSA a organisé en décembre 2016 un séminaire de restitution des travaux intermédiaires des neuf projets retenus en 2015 dans le cadre de l'appel à projets thématique sur **l'aide aux aidants**, destiné à faire émerger et à soutenir des projets permettant d'améliorer l'accessibilité et le recours à l'offre de services par les proches aidants.

Outre un point d'étape, l'objectif du séminaire était de créer du lien entre les projets et d'assurer leur bonne complémentarité, d'identifier des recommandations sur les réponses apportées aux aidants ou les messages diffusés.

Le projet porté par France Alzheimer a été présenté au séminaire dans sa forme aboutie. L'association a mis en ligne un module d'information ludique et dynamique, « Aides Alzheimer », sur les dispositifs d'aide disponibles pour les aidants (aides financières et humaines, répit, soutien juridique...). Ce module complète l'offre d'auto-formation déjà fournie par l'association. Les autres projets devraient être achevés d'ici 2019.

Afin d'accompagner les opérateurs locaux dans les démarches d'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, la CNSA avait lancé en 2015 un second appel à projets innovants, axé sur **une application du concept d'économie circulaire au domaine des aides techniques**.

FOCUS

► Exemples de projets de l'appel à projets thématique sur l'accès à des loisirs choisis

L'association **Dispositif d'accompagnement du handicap vers les loisirs intégrés et réguliers** (DAHLIR) se propose d'étendre territorialement son dispositif expérimenté en Haute-Loire. Ce dispositif permet l'accès des personnes en situation de handicap à l'offre sportive, à l'accueil de loisir et à l'offre culturelle grâce à un accompagnement par un référent handicap sur le territoire concerné. Cet accompagnement permet de définir avec la personne un projet individuel et de suivre l'intégration dans le club de pratique « ordinaire » correspondant à ce projet en permettant les éventuelles adaptations nécessaires (subvention : 100 000€).

Le projet **InclUsher/De main à mains**, porté par l'Association départementale pour l'insertion des sourds (ADIS), basée en Savoie, met en œuvre une démarche innovante de développement d'un réseau de pairs sourds bénévoles pour permettre à des personnes atteintes du syndrome d'Usher (association d'une rétinopathie pigmentaire et d'une surdité congénitale) d'accéder à des activités de loisirs et de sociabilité. Des outils web, performants et accessibles, entièrement basés sur la vidéo en langue des signes et le texte en braille, seront développés pour soutenir la vie du réseau (subvention : 120 000€).



4 | ACTIVITÉ

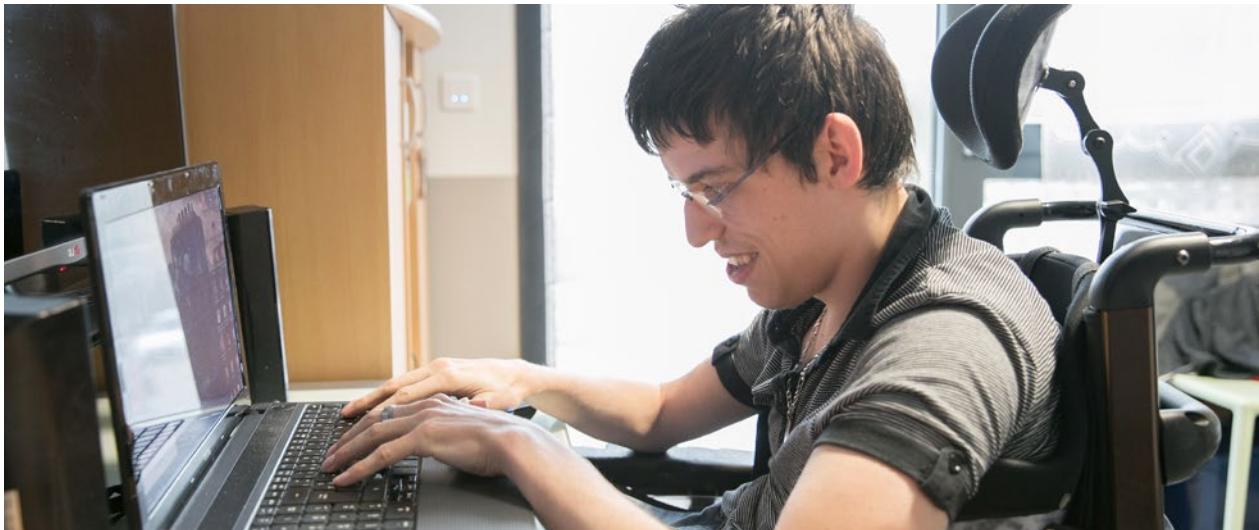
Les dix projets retenus ont pour beaucoup un caractère exploratoire. La CNSA a réuni les porteurs de projet en mars 2016 pour un séminaire de lancement, dans le but de

susciter des coopérations entre les projets. Elle accompagne les porteurs en continu dans la conduite de leurs projets.

L'ESSENTIEL

- La CNSA agit pour le développement quantitatif et qualitatif de la recherche et de l'innovation dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, afin d'éclairer la décision par une meilleure connaissance des publics et de favoriser le développement et l'accompagnement de nouveaux outils et de nouvelles pratiques.
- Plusieurs leviers sont mobilisés, notamment la constitution de données de références pour la recherche, le fonctionnement d'opérateurs de recherche ou les appels à projets de recherche et, pour les actions innovantes, un dispositif permanent de soumission de projets et des appels à projets thématiques.
- Les quatrièmes Rencontres scientifiques de la CNSA se sont tenues les 12 et 13 décembre, sur le thème : « Autonomie et qualité de vie, entre aspirations et pratiques ».
- L'appel à projets innovants de 2016 a pour thème le développement de l'accès à des loisirs choisis pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge.





4.6 | La communication aux acteurs et au grand public

La CNSA remplit sa mission d'informer tant les acteurs du secteur que le grand public essentiellement à travers son site Internet : cnsa.fr, le portail d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches : pour-les-personnes-agees.gouv.fr et ses publications institutionnelles et professionnelles. Elle met aussi en œuvre des actions de communication spécifiques.

COG | Le portail *Pour les personnes âgées*

Le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches répond à la nouvelle mission d'information du grand public confiée à la CNSA par la loi ASV. Plus de dix-huit mois après la mise en ligne de la première version en juin 2015, le site totalise plus de **trois millions de visites**, soit en moyenne **135 000 visites par mois**.

Ce portail fournit aux personnes âgées et à leurs proches **les informations officielles**, regroupées en un point unique, sur les solutions existantes et les aides disponibles afin de les guider dans leur recherche trop souvent vécue comme un parcours du combattant. Il vise également à **rendre l'offre d'hébergement plus transparente**, notamment **avec l'affichage des prix des EHPAD**. Des informations sur les prix et prestations proposées par environ 7 000 EHPAD sont disponibles en ligne depuis décembre 2016. Cette deuxième version permet de comparer les prix et les reste-à-chARGE en EHPAD.

Le portail n'a pas vocation à se substituer aux sites Internet des acteurs locaux que sont les conseils départementaux et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique : **il oriente les personnes vers ces interlocuteurs de proximité**. Ils peuvent ainsi faire leurs démarches sur les sites Internet des départements. Il est par exemple possible, sur certains sites, de télécharger un dossier de demande d'APA. Leur parcours est donc simplifié.

Conçu pour les usagers et le grand public, le portail se veut facile d'usage, pédagogique et compréhensible pour les internautes. Il propose également des services utiles aux personnes. Un annuaire des établissements et services pour les personnes âgées (plus de 12 000 structures référencées : EHPAD, résidences autonomie, points d'information locaux, SSIAD, SPASAD³⁵, accueils de jour) et un comparateur officiel des prix et des reste-à-chARGE en EHPAD.

Le portail est le fruit **d'une dynamique partenariale soutenue**. Il a été co-construit avec l'ensemble des partenaires du secteur : Assemblée des départements de France, départements, ARS, CNAV inter-régimes, CNAF³⁶, CNAMTS, associations de personnes âgées et d'aidants et fédérations, administrations et établissements publics. Ils sont associés aux différents groupes de travail qui se réunissent depuis 2014 (comité éditorial, groupe de travail sur l'annuaire, sur le simulateur du reste-à-chARGE).

Les partenaires relaient la communication sur le portail pour le faire connaître au grand public et aux professionnels. Des campagnes médiatiques (digitale, presse...) viennent en complément.

35. SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

36. CNAF : Caisse nationale des allocations familiales.

Le prix CNSA 2016



Le jury du Prix CNSA « Lieux de vie collectifs & autonomie », présidé par l'architecte Thierry Van de Wyngaert, a de nouveau récompensé en 2016 des étudiants aux idées innovantes et des établissements exemplaires où l'architecture se met au service de l'autonomie des résidents. Près de trente binômes gestionnaires-architectes et étudiants ont participé à cette édition du concours.

Les deux prix de la réalisation médico-sociale ont été attribués pour les personnes âgées, à l'EHPAD **La Sérigoule** en Haute-Loire et, pour les personnes handicapées, au foyer de vie **L'Afidamen** dans le Var.

Par ailleurs, le jury a décerné le prix du concours d'idées à Laure Roumanille, Justine Langlade et Micky Falavel, étudiants à l'ENSA de Montpellier, pour **HASPA, Hameau d'accompagnement sécurisé pour personnes âgées** et une mention spéciale au projet **Un souffle de jeunesse pour les bains municipaux** imaginé par Jordan Bocquillon, Antoine Deltheil, Olivier Fresneda et Léonard Gouy, étudiants à l'INSA de Strasbourg.

L'édition 2017 du prix du concours d'idées a été lancée à l'automne 2016.

FOCUS

► Les publications de la CNSA

Le catalogue s'est enrichi en 2016 de :

- *La Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA 2016-2019* ;
- deux nouveaux dossiers techniques :
 1. *Troubles du spectre de l'autisme. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*.
 2. *Épilepsies et handicap. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant une épilepsie*.
- le rapport annuel 2015 *Territoires et politiques de l'autonomie* ;
- *Les Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2016* ;
- la présentation synthétique de l'activité de la CNSA : *L'Essentiel de la CNSA* ;
- la brochure *SERAFIN-PH - Réforme de la tarification* ;
- la brochure sur les lauréats du Prix CNSA « Lieux de vie collectifs & autonomie » 2016 ;
- quatre nouvelles fiches des tirés à part de *L'Autonomie en action* ;
- la mise à jour ou création de quinze nouveaux *Mémos de la CNSA* ;
- la *Synthèse des rapports des MDPH 2014*.



TÉMOIGNAGE

Aurore Anotin

Chargée de communication et des relations presse, CNSA



// Les relations de la CNSA avec les médias traduisent les axes de sa communication.

Il s'agit tout d'abord de faire connaître et de valoriser l'activité de la CNSA, le portail **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** ainsi que les délibérations et débats du Conseil, auprès de tous les acteurs de l'aide à l'autonomie. Nous les touchons à travers les médias spécialisés et généralistes, notre site institutionnel, notre compte Twitter.

Je diffuse ainsi régulièrement des communiqués et dossiers de presse, en relation avec les services de presse des ministères, et j'organise des rencontres avec les journalistes. En 2016, nous avons communiqué de façon soutenue sur les évolutions du portail **pour-les-personnes-agees.gouv.fr**.

Je réponds aussi aux demandes d'information des journalistes en mobilisant les directions métiers de la CNSA et en organisant des interviews avec des professionnels. En 2016, ces demandes ont souvent porté sur la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et sur la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. //

The screenshot shows the homepage of the 'Pour les personnes âgées' website. At the top, there's a header with the logo of the French Republic, the text 'Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches', and search and navigation icons. Below the header, there are several sections: 'Vivre à domicile', 'Vivre ailleurs temporairement', 'Choisir un hébergement', 'Bénéficier d'aides' (which is highlighted in blue), 'Exercer ses droits', 'Aider un proche', and 'A qui s'adresser ?'. The 'Bénéficier d'aides' section contains a large image of an elderly couple, a date '27/04/2017', and text about finding suitable vacation accommodations for people with reduced autonomy. Other sections include 'Rechercher dans l'annuaire', 'Comparer les prix et les restes à charge en EHPAD', 'Votre département vous informe sur l'aide à l'autonomie', 'L'allocation personnalisée d'autonomie', 'Aménager son logement', 'Comprendre sa facture en EHPAD', 'Des conseils de prévention pour bien vieillir', and 'Des vidéos pour comprendre'. On the right side, there are 'Questions les plus souvent posées' (FAQ) with links to 'La durée d'un hébergement temporaire est-elle limitée dans le temps?' and 'Où retirer le dossier de demande d'aide sociale pour un hébergement en maison de retraite?'. There are also buttons for 'Toute l'actualité', 'Tous les dossiers', and 'Toutes les réponses'.

L'ESSENTIEL

- Une deuxième version du portail **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** intègre les prix des EHPAD et permet aussi de comparer les prix et les reste-à-chARGE.
- Le Prix CNSA a récompensé deux réalisations médico-sociales exemplaires et deux équipes d'étudiants en architecture pour le concours d'idées.

Glossaire

AAC	Appel à candidatures
AAP	Appel à projets
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADF	Assemblée des départements de France
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso-ressource
AJ	Accueil de jour
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCRA	Association nationale des centres de ressources autisme
ANCREAI	Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASV	Loi d'adaptation de la société au vieillissement
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIH	Comité interministériel du handicap
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNH	Conférence nationale du handicap
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressources autisme
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, anciennement Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CSA	Contribution solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DB	Direction du budget
DCT	Droits de consommation sur les tabacs
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

Glossaire

EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	Foyer d'accueil spécialisé
FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (devenue NEXEM au 1 ^{er} janvier 2017)
FEPEM	Fédération nationale des particuliers-employeurs
FIPHFP	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
FRAD	Fonds de restructuration de l'aide à domicile
GEM	Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
GIP	Groupement d'intérêt public (MDPH)
GOS	Groupe opérationnel de synthèse
HT	Hébergement temporaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national des études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, intégré à Santé publique France
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (numéro de sécurité sociale)
OEMD	Outil d'évaluation multidimensionnelle
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux
PCH	Prestation de compensation du handicap
PFR	Plateforme de répit
PMND	Plan maladies neurodégénératives
PSGA	Plan Solidarité grand âge
PSK	Prélèvements sociaux sur les revenus de placement et du patrimoine
RSI	Régime social des indépendants
SAAD	Service d'accompagnement et d'aide à domicile
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SI	Système d'information
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UHR	Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)
UNA	Union nationale des soins et services à domicile
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UNIFAF	Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale
USLD	Unité de soins de longue durée

ANNEXES

RAPPORT 2016

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

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

- **Financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées :** contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs, des résidences autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aides à domicile.
- **Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie,** en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques.
- **Assurer une mission d'information et d'animation de réseau.**
- **Informier les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles.**
- **Assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie,** quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2017, elle dispose pour cela d'un budget de plus de **25,5 milliards d'euros.**



66, avenue du Maine
75682 Paris Cedex 14
Tél. 01 53 91 28 00
www.cnso.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Sommaire des annexes

ANNEXE 1

- 2 Budget exécuté 2016 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)
- 6 Budget exécuté 2016
- 10 Budget rectificatif 2017 n° 1 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)
- 14 Budget rectificatif 2017 n° 1

ANNEXE 2

- 16 Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH, des MDPH et de la prévention de la perte d'autonomie en 2016

ANNEXE 3

- 22 Analyse de l'actualisation 2016 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

ANNEXE 4

- 25 Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées
– Bilan des notifications 2016

ANNEXE 5

- 26 Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2015

ANNEXE 6

- 36 Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2016

ANNEXE 7

- 42 Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2016 – Projets d'études et de recherche et actions innovantes (5 072 546 €)

Annexe 1

Budgets

Budget exécuté 2016 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) en M€ – Conseil du 20 avril 2017

Source : CNSA/DAGF.

DÉPENSES	Nature	AE ouvertes	AE consommées	CP ouverts	CP consommés
Section I					
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux		19 662,4	19 421,4	19 658,2	19 368,0
Sous-section 1					
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	Intervention	9 707,4	9 589,1	9 707,4	9 601,6
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	9 672,1	9 553,9	9 672,1	9 566,9
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	Intervention	30,0	30,0	30,0	30,0
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	0,6	0,6	0,6	0,6
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5	0,5	0,5
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS		4,2	4,1	4,2	3,6
Sous-section 2					
Établissements et services accueillant des personnes âgées		9 955,0	9 832,3	9 950,8	9 766,4
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	9 850,2	9 731,9	9 850,2	9 668,0
• Financement de 338 MAIA (dont 50 nouvelles en 2016)	Intervention	85,1	85,1	85,1	85,1
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	1,0	1,0	1,0	1,0
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Intervention	6,2	2,0	2,0	1,3
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	12,0	11,8	12,0	10,5
Section II					
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		2 179,8	1 968,8	2 205,5	2 158,6
• Concours versés aux départements (APA 1)	Intervention	1 840,8	1 644,7	1 840,8	1 814,1
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	0,0	0,1	0,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	32,3	48,2	32,3	42,9
• Concours aux départements (APA 2)	Intervention	306,7	276,0	306,7	276,0
• Branche aide à domicile 2015	Intervention	0,0	0,0	25,7	25,7
Section III					
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées		649,1	586,6	649,1	637,9
• Concours versés aux départements (PCH)	Intervention	570,4	511,7	570,4	559,4
• Concours versés aux départements (MDPH)	Intervention	70,8	67,4	70,8	68,5
• Solde 2015 concours versés aux départements (MDPH)	Intervention	0,0	0,0	0,0	3,2
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	0,0	0,1	0,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	7,8	7,5	7,8	6,7

Budget

RECETTES	Prévision	Éxécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	19 546,3	19 045,8
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 665,6	9 447,0
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	323,9	272,0
• Contribution droits tabacs (14 %)	31,3	25,1
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 310,4	9 150,0
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 880,8	9 598,8
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	925,3	777,0
• Contribution droits tabacs (40 %)	89,4	71,7
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 866,1	8 750,1
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 286,3	2 121,5
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	462,7	388,5
• Contribution droits tabacs (20 %)	44,7	35,8
• Prélèvement social sur les revenus du capital (95 %)	1367	1351
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (55,9 % CASA)	411,4	346,0
• Produits financiers	0,1	0,0
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	659,7	551,7
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	601,5	505,1
• Contribution droits tabacs (26 %)	58,1	46,6
• Produits financiers	0,1	0,0

1 | ANNEXES

DÉPENSES	Nature	AE ouvertes	AE consommées	CP ouverts	CP consommés
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					
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	Intervention	90,6	54,7	123,6	35,7
• Emplois d'avenir	Intervention	13,1	8,6	10,5	2,7
• Fonds SAAD 2015-2016	Intervention	0,0	0,0	25,0	24,9
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,6	2,2	0,6	1,9
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	Intervention	6,0	2,9	6,0	2,9
Section V					
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie					
Sous-section 1					
Actions en faveur des personnes âgées					
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	19,6	6,7	23,0	6,3
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	Intervention	25,0	25,0	25,0	25,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	Intervention	107,6	107,1	105,7	105,5
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	1,7	1,7	110,6	90,6
• ANAH	Intervention	20,0	0,0	20,0	0,0
• PAI logements foyers	Intervention	10,0	10,0	10,0	10,0
• Fonds de soutien aux départements en difficulté	Intervention	0,0	0,0	50,0	50,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,6	1,1	1,6	1,0
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	2,0	1,6	2,0	1,4
Sous-section 2					
Actions en faveur des personnes handicapées					
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	37,7	11,5	27,8	11,3
• Fonds de concours autisme	Intervention	0,3	0,3	0,3	0,3
• Dépenses prévention loi ASV (PH)	Intervention	5,0	5,0	5,0	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	0,0	0,0	47,4	36,5
• Conventions emplois STAPS	Intervention	0,0	0,0	1,5	1,5
• Fonds de concours aux MDPH, via le budget général de l'État	Intervention	10,0	10,0	10,0	10,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,0	0,0	0,0	0,0
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	4,3	2,8	4,1	2,0
Section VI					
Frais de gestion de la caisse					
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	Fonctionnement	6,6	3,6	7,1	5,4
• Dépenses de personnel / CNSA	Personnel	11,4	10,6	11,4	10,6
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	2,6	1,6	2,8	1,3
Section VII					
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)					
• PAI	Intervention	310,0	110,0	5,5	0,0
Total des dépenses		23 177,0	22 353,8	23 149,3	22 606,5
Solde budgétaire				- 260,5	- 543,2

Budgets

RECETTES	Prévision	Éxécution
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	78,0	76,3
• Prélèvement social sur les revenus du capital (5 %)	72,0	71,1
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0	5,1
• Produits exceptionnels	0,0	0,0
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	318,5	268,0
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	313,5	263,8
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	313,5	263,6
• Produits exceptionnels	0,0	0,2
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	5,0	4,3
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0	4,3
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	0,0	0,1
• Produits exceptionnels	0,0	0,1
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)		
Total des recettes	22 888,8	22 063,3

Budget exécuté 2016 en M€ – Conseil du 20 avril 2017

Source : CNSA/DAGF.

CHARGES	Prévisions	Éxécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	19 698,6	19 460,2
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 728,6	9 609,8
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 672,1	9 553,9
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	30,0	30,0
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	0,6
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
• Opérations diverses	25,4	24,8
• dont Contribution à la section IV-2 (3,76 % CSA section I-1)	12,2	12,1
• dont Contribution à la section VI	9,0	8,6
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	2,7	2,3
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	1,5	1,9
• Excédent	0,0	0,0
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 970,0	9 850,4
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 850,2	9 731,9
• Financement de 338 MAIA (dont 50 nouvelles en 2016)	85,1	85,1
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	1,0	1,0
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	2,0	1,3
• Opérations diverses	31,2	30,6
• dont Contribution à la section V-1	10,0	10,0
• dont Contribution à la section VI	9,2	8,8
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	7,7	6,1
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	4,3	5,7
• Excédent	0,0	0,0
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 311,9	2 513,7
• Concours départements (APA 1)	1 840,8	1 814,1
• Congé de proche aidant	0,1	0,0
• Concours aux départements (APA 2)	306,7	276,0
• Provisions APA 2		30,6
• Provisions (branche aide à domicile 2015)	25,7	25,7
• Opérations diverses	34,1	50,0
• dont Contribution à la section VI	1,7	1,6
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	21,3	39,7
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	11,1	8,6
• Provisions APA 1		209,2
• Excédent CASA	104,7	108,1
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	659,7	705,9
• Concours versés aux départements (PCH)	570,4	559,7
• Concours versés aux départements (MDPH)	70,8	70,6
• Congé de proche aidant	0,1	0,0
• Opérations diverses	18,4	18,7
• dont Contribution à la section V-2	10,0	10,0
• dont Contribution à la section VI	0,6	0,6
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	5,0	4,6
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	2,8	3,5
• Provision MDPH		3,4
• Provision PCH		53,6

Budgets

PRODUITS	Prévision	Éxécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	19 698,6	19 460,2
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 728,6	9 609,8
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	323,9	321,0
• Contribution droits tabacs (14 %)	31,3	30,8
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 310,4	9 150,0
• Reprise de provisions AC OSS	0,7	
• Déficit	63,0	107,3
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 970,0	9 850,4
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	925,3	917,2
• Contribution droits tabacs (40 %)	89,4	88,0
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 866,1	8 750,1
• Reprise de provisions AC OSS	4,5	
• Déficit	89,2	90,6
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 311,9	2 513,7
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	462,7	458,6
• Contribution droits tabacs (20 %)	44,7	44,0
• Prélèvement social sur les revenus du capital (95 %)	1 367,4	1 360,9
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (55,9 % CASA)	411,4	414,7
• Reprise de provisions (branche aide à domicile 2015)	25,7	25,7
• Produits exceptionnels		4,3
• Reprises de provisions concours APA 1		190,8
• Produits financiers	0,1	0,0
• Reprise de provisions De Ruyter / AC OSS		14,7
• Déficit	-	-
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	659,7	705,9
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	601,5	596,2
• Contribution droits tabacs (26 %)	58,1	57,2
• Produits financiers	0,1	0,0
• Produits exceptionnels		0,8
• Reprises de provisions concours MDPH		3,2
• Reprises de provisions concours PCH		47,2
• Reprise de provisions AC OSS		1,3

1 | ANNEXES

CHARGES	Prévisions	Éxécution
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	153,9	184,4
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	122,2	155,0
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	6,0	2,1
• Charges provisionnées (fonds SAAD 2015-2016)	25,0	25,0
• Opérations diverses	0,7	2,3
• dont Contribution à la section VI	0,1	0,1
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	0,2	2,0
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,4	0,3
• Excédent	0,0	0,0
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	569,4	534,7
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	485,6	466,0
• Dépenses d'animation, prévention et études	12,4	9,7
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	25,0	25,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	107,6	105,5
• Charges provisionnées (fonds de soutien aux départements en difficulté)	50,0	50,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	112,3	80,7
• PAI logements foyers	10,0	10,0
• ANAH	20,0	20,0
• Opérations diverses	1,6	1,0
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	0,0	0,0
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	1,6	1,0
• Charges calculées (amortissements)		0,4
• Excédent financement immobilisation	2,0	2,2
• Excédent	146,8	161,5
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	83,9	68,7
• Dépenses d'animation, prévention et études	15,6	13,8
• Fonds de concours autisme	0,3	0,3
• Dépenses prévention loi ASV (PH)	5,0	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	47,4	33,9
• Conventions emplois STAPS	1,2	1,2
• Fonds de concours aux MDPH, via le budget général de l'État	10,0	10,0
• Opérations diverses	0,0	0,0
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	0,0	0,0
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,0	0,0
• Charges calculées (amortissements)		0,2
• Excédent financement immobilisation	4,3	4,3
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	20,8	20,2
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,1	5,6
• Dépenses de personnel / CNSA	11,4	10,8
• Charges calculées (amortissements)	0,5	0,8
• Excédent (investissement 2016)	2,8	2,9
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	110,0	110,0
• PAI	110,0	110,0
• Excédent	0,0	0,0
Total des charges du compte de résultat	23 213,0	23 198,3
Résultat (excédent)	0,0	0,0
Total équilibre du compte	23 213,0	23 198,3
Total des frais de collecte ACOSS CSA + revenus du capital	21,7	20,9
Total atténuation de recettes	36,9	54,7

Budgets

PRODUITS	Prévision	Éxécution
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	153,9	184,4
• Prélèvement social sur les revenus du capital (5 %)	72,0	71,6
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0	6,1
• Reprise de provisions	33,0	22,3
• Reprises de provisions (fonds SAAD 2015-2016)	25,0	25,0
• <i>Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I</i>	12,2	12,1
• Produits exceptionnels		2,1
• Reprise de provisions De Ruyter / ACOSS		1,4
• Déficit	5,8	43,7
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	569,4	534,7
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	485,6	466,0
• <i>Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I</i>	10,0	10,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	313,5	315,9
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	110,6	86,3
• Reprise de provisions		1,4
• Reprise de provisions (fonds de soutien aux départements en difficulté)	50,0	50,0
• Produits exceptionnels		0,4
• Déficit	-	-
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	83,9	68,7
• <i>Prélèvement sur la section III</i>	10,0	10,0
• Reprise de provisions		2,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0	5,2
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	47,4	28,1
• Reprise de provisions « convention emplois STAPS »		1,2
• Déficit	18,3	22,0
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	20,8	20,2
• Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	20,6	19,7
• Produits exceptionnels		0,1
• Reprises de provisions		0,4
• Déficit	0,2	-
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	110,0	110,0
• Déficit	110,0	110,0
Total des produits du compte de résultat	23 185,1	23 103,8
Résultat (déficit)	28,0	94,6
Total équilibre du compte	23 213,0	23 198,3

Budget rectificatif 2017 n° 1 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) en M€ – Conseil du 20 avril 2017

Source : CNSA/DAGF.

DÉPENSES	Nature	Autorisations d'engagement (AE) ouvertes	Crédits de paiement (CP) ouverts
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux		21 651,2	21 652,9
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées		11 436,4	11 436,4
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	11 397,5	11 397,5
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	Intervention	32,8	32,8
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	0,6	0,6
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	5,0	5,0
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées		10 214,8	10 216,6
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	10 104,0	10 104,0
• Financement de 338 MAIA (dont 50 nouvelles en 2016)	Intervention	94,6	94,6
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	1,0	1,0
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Intervention	0,4	2,2
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	14,2	14,2
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		2 348,8	2 348,8
• Concours versés aux départements (APA 1)	Intervention	1 849,6	1 849,6
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	0,1
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	45,5	45,5
• Concours aux départements (APA 2)	Intervention	453,7	453,7
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées		731,1	731,1
• Concours versés aux départements (PCH)	Intervention	581,5	581,5
• Concours versés aux départements (MDPH)	Intervention	70,8	70,8
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	0,1
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	10,7	10,7
• Concours aux MDPH (personnels et fonctionnement)	Intervention	68,0	68,0
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		147,8	179,6
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	Intervention	82,6	112,9
• Emplois d'avenir	Intervention	7,4	8,9
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	Intervention	50,0	50,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,9	1,9
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	Intervention	6,0	6,0

Budgets

RECETTES	Prévision
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 462,6
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 373,4
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	331,3
• PSK (1,86 %)	32,3
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	11 009,8
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 089,2
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	946,6
• PSK (5,31%)	92,2
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 050,3
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 425,2
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	473,3
• PSK (81,98 %)	1 423,8
• Produits financiers	0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (70,5 % CASA)	528,0
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	731,7
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	615,3
• PSK (3,36 %)	58,4
• Produits financiers	0,0
• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	58,0
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	78,1
• PSK (4,15 %)	72,1
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0

1 | ANNEXES

DÉPENSES	Nature	Autorisations d'engagement (AE) ouvertes	Crédits de paiement (CP) ouverts
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie		316,0	477,9
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées		277,0	389,8
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	12,1	11,3
• Fonds d'appui insertion RSA	Intervention	50,0	50,0
• PAI ONAC	Intervention	2,0	2,0
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	Intervention	40,0	40,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	Intervention	140,3	142,6
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	0,0	110,6
• PAI logements foyers	Intervention	10,0	10,0
• ANAH	Intervention	20,0	20,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,0	1,0
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	1,6	2,2
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées		39,0	88
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	13,3	24,1
• PAI ONAC	Intervention	3,0	3,0
• Dépenses prévention loi ASV (PH)	Intervention	18,5	6,5
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	0,0	47,4
• Conventions emplois STAPS	Intervention	0,0	1,2
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,0	0,0
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	4,1	5,8
Section VI Frais de gestion de la caisse		21,0	22,3
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	Fonctionnement	6,7	7,3
• Dépenses de personnel / CNSA	Personnel	11,6	11,6
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	2,8	3,5
Section VII Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)		130,0	28,5
• PAI	Intervention	130,0	28,5
Total des dépenses		25 346,0	25 441,2
Solde budgétaire			- 528,7

Budgets

RECETTES	Prévision
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	214,9
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	209,9
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	209,9
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	5,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0
Section VI	
Frais de gestion de la caisse	
Section VII	
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	
Total des recettes	24 912,5

Budget rectificatif 2017 n° 1 en M€ – Conseil du 20 avril 2017

Source : CNSA/DAGF.

CHARGES	Prévision	PRODUITS	Prévision
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 693,6	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 693,6
Sous-section 1		Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 458,5	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 458,5
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	11 397,5	• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	331,3
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	32,8	• PSK (1,86 %)	32,3
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	11 009,8
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
• Opérations diverses	27,1		
• Excédent	0,0		
Sous-section 2		Déficit	85
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 235,1	Sous-section 2	
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	10 104,0	Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 235,1
• Financement MAIA (dont EAP MAIA 2016)	94,6	• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	946,6
• Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	• PSK (5,31 %)	92,2
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 050,3
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH)	2,2		
• Opérations diverses	32,8		
• Excédent	0,0		
Section II		Déficit	146
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 425,2	Section II	
• Concours aux départements (APA 1)	1 849,6	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 425,2
• Congé de proche aidant	0,1	• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	473,3
• Opérations diverses	47,5	• PSK (81,98 %)	1 423,8
• Concours aux départements (APA 2)	453,7	• Contribution additionnelle solidarité autonomie (70,5 % CASA)	528,0
• Excédent APA 2	74,3	• Produits financiers	0,0
Section III		• Déficit	0,0
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	741,7	Section III	
• Concours aux départements (PCH)	581,5	Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	741,7
• Concours aux départements (MDPH)	70,8	• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	615,3
• Concours aux MDPH (personnels et fonctionnement)	68,0	• PSK (3,36 %)	58,4
• Congé de proche aidant	0,1	• Produits financiers	0,0
• Opérations diverses	21,3	• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	58,0
Section IV		• Déficit, apport sur fonds propres (concours aux MDPH)	10,0
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	140,5	Section IV	
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	82,6	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	140,5
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	6	• PSK (4,15 %)	72,1
• Opérations diverses	2,0	• Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	50,0	• Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	12,5
• Excédent	0,0		
		Déficit	50,0

Budgets

CHARGES	Prévision	PRODUITS	Prévision
Section V		Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	440,5	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	440,5
Sous-section 1		Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	364,1	Actions en faveur des personnes âgées	364,1
• Dépenses d'animation, prévention et études	8,9	• Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
• Fonds d'appui insertion RSA	50,0	• Contribution additionnelle solidarité autonomie	209,9
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	40,0	• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	110,6
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	140,0	• Reprises de provisions « réponse accompagnée »	1,9
• PAI ONAC	2,0		
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	110,6		
• PAI logements foyers	10,0		
• Opérations diverses	1,0		
• Excédent financement d'immobilisation	1,6		
• Excédent	0,0		
Sous-section 2		Déficit	31,7
Actions en faveur des personnes handicapées	76,3	Sous-section 2	76,3
• Dépenses d'animation, prévention et études	15,6	• Prélèvement sur la section III	10,0
• PAI ONAC	3,0	• Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0
• Dépenses prévention loi ASV (PH)	5,0	• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	47,4
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	47,4		
• Conventions emplois STAPS	1,2		
• Opérations diverses	0,0		
• Excédent financement d'immobilisation	4,1		
Section VI		Déficit	13,9
Frais de gestion de la caisse	20,9	Section VI	20,9
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,7	• Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	20,9
• Dépenses de personnel / CNSA	11,6	• Déficit	-
• Excédent (investissement 2017)	2,7		
Section VII		Section VII	
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	146,5	Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	146,5
• PAI	130,0	• Reprise de provisions « PAI 2016 »	16,5
• Charges prévisionnelles PAI 2016	16,5	• Déficit	130,0
• Excédent	0,0	Total des produits du compte prévisionnel	25 088,9
Total des charges du compte prévisionnel	25 472,8	Résultat prévisionnel (déficit)	383,9
Résultat prévisionnel (excédent)	0,0	Total équilibre du compte	25 472,8
Total équilibre du compte	25 472,8		
Total des frais de collecte ACOSS CSA + frais du PSK	22,4		
Total atténuation de recettes	56,0		

Annexe 2

Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH, des MDPH et de la prévention de la perte d'autonomie en 2016

Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

Concours APA 1 ^e part ¹		Article CASF : R. 14-10-38	
Formule de répartition :	Fd = [(PAd/Σ PAd) x 50 % + (Dd/Σ Dd) x 20 %] - (PFd/Σ PFd) x 25 % + (RSAd/Σ RSAd) x 5 %] x 2		PONDÉRATION
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 précédent celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	- 25 %
RSAd	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédent celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée par la CNAF et la CCMSA	5 %
			Coefficient total : 50 % x 2

Quote-part collectivités d'outre-mer (loi ASV du 28/12/2015)

QP = Total concours APA 1 x [(nombre de bénéficiaires APA des COM / nombre total de bénéficiaires APA au 31/12 N - 1) x 2]

Formule de répartition :	Fc = (PAc/Σ PAc) x 50 % + (Dc/Σ Dc) x 20 % + (RSAc/Σ RSAc) x 30 %	PONDÉRATION
PAc	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée
Dc	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)
RSAc	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédent celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée par la CNAF et la CCMSA

Concours APA 2 ^e part ¹		Article CASF : R. 14-10-38-1
Formule de répartition :	Fd = A x DNd	
A	Montant dépense APA domicile N - montant dépense APA domicile 2015 + 25,65 M€ Dans la limite des ressources fixées au L. 14-10-5/II/1°/b	Montants de dépenses pour l'ensemble des départements pour chaque exercice
DNd	Part de chaque département dans la charge nouvelle (loi ASV)	Donnée DREES (en annexe du décret)

Concours PCH		Article CASF : R. 14-10-32
Formule de répartition :	Fd = (PAAAd/Σ PAAAd) x 60 % + ((PAESd + PAAHd + PPId) / Σ(PAESd + PAAHd + PPId)) x 30 % + (PCd/Σ PCd) x 30 % - (PFd/Σ PFd) x 20 %	PONDÉRATION
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)
PAESd	Bénéficiaires AEEH	
PAAHd	Bénéficiaires AAH	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée
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
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)
		Coefficient total : 100 %

1. 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'APA ou de la PCH 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. art. L.14-10-6 CASF pour l'APA et art. L.14-10-7-II CASF pour la PCH). Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA ou de PCH du département.

Concours - Méthode de calcul

Quote-part collectivités d'outre-mer (loi ASV du 28/12/2015)

QP = Total concours PCH x [(nombre de bénéficiaires PCH + ACTP des COM / nombre total de bénéficiaires PCH + ACTP au 31/12 N – 1) x 2]

Formule de répartition : $Fd = (PAAd / \sum PAAd) \times 40 \% + (PAESd + PAAHd + PPId) / (\sum PAESd + \sum PAAHd + \sum PPId) \times 30 \% + (PCd / \sum PCd) \times 30 \%$			PONDÉRATION
PAAd	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)	40 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH		
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PCd	Bénéficiaires PCH + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %

Concours MDPH		Article CASF : R. 14-10-34	
Formule de répartition :	$Fd = Fx + (PAAd / \sum PAAd) \times 120 \% - (PFd / \sum PFd) \times 20 \%$		PONDÉRATION
Fx	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1)	120 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	- 20 %
		Coefficient total :	100 %

Concours FORFAIT AUTONOMIE		Article CASF : R. 14-10-42-2	
Formule de répartition :	$Fd = A \times PRA / \sum PRA$		
A	Montant national des crédits attribués	Montant fixé par arrêté	
PRA	Nombre de places autorisées	Données FINESS du nombre de place autorisées dans les résidences autonomie éligibles	

Concours AUTRES ACTIONS DE PRÉVENTION		Article CASF : R. 14-10-42-1	
Formule de répartition :	$Fd = A \times PA / \sum PA$		
A	Montant national des crédits attribués	Montant fixé par arrêté	
PRA	Population 60 ans et plus	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée	

Les répartitions des concours définitifs au financement de l'APA première et seconde part et de la PCH sont effectuées réglementairement au 15 septembre 2017. Le recueil des dépenses départementales 2016 et des autres critères de répartition est ainsi en cours. Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2016 (concours prévisionnels).

Détail de la répartition des concours aux conseils départementaux

Département	2016					
	APA1		APA2		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
01 AIN	12 275 316	11 002 000	1 870 565	1 680 000	4 747 364	4 272 000
02 AISNE	18 179 107	16 391 000	3 373 150	3 040 000	5 390 990	4 852 000
03 ALLIER	16 661 088	14 923 000	1 993 225	1 790 000	3 508 241	3 158 000
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	5 975 418	5 384 000	1 011 945	910 000	1 408 253	1 267 000
05 HAUTES-ALPES	4 881 434	4 366 000	797 290	720 000	1 238 824	1 115 000
06 ALPES-MARITIMES	32 284 803	28 989 000	6 316 990	5 690 000	8 336 238	7 502 000
07 ARDÈCHE	13 478 969	12 070 000	1 870 565	1 680 000	3 034 277	2 731 000
08 ARDENNES	9 868 892	8 873 000	1 993 225	1 790 000	2 696 415	2 427 000
09 ARIÈGE	7 050 048	6 314 000	889 285	800 000	1 387 805	1 249 000
10 AUBE	10 680 901	9 598 000	1 839 900	1 660 000	2 516 698	2 265 000
11 AUDE	15 373 359	13 760 000	1 778 570	1 600 000	3 677 927	3 310 000
12 AVEYRON	14 819 971	13 306 000	1 993 225	1 790 000	2 602 924	2 343 000
13 BOUCHES-DU-RHÔNE	55 797 415	49 874 000	8 678 195	7 810 000	18 500 902	16 651 000
14 CALVADOS	21 043 932	19 019 000	4 170 440	3 750 000	5 663 586	5 097 000
15 CANTAL	7 878 622	7 071 000	950 615	860 000	1 334 893	1 201 000
16 CHARENTE	15 215 279	13 589 000	1 993 225	1 790 000	3 301 293	2 971 000
17 CHARENTE-MARITIME	25 494 696	22 845 000	3 311 820	2 980 000	5 547 673	4 993 000
18 CHER	12 980 096	11 608 000	1 747 905	1 570 000	3 180 986	2 863 000
19 CORRÈZE	11 870 465	10 657 000	1 594 580	1 440 000	2 007 954	1 807 000
20a CORSE-DU-SUD	5 860 145	5 200 000	1 410 590	1 270 000	1 850 005	1 665 000
20b HAUTE-CORSE	6 818 352	6 110 000	1 839 900	1 660 000	1 856 743	1 671 000
21 CÔTE-D'OR	14 497 435	13 088 000	2 054 555	1 850 000	4 634 161	4 171 000
22 CÔTES-D'ARMOR	25 873 548	23 195 000	2 330 540	2 100 000	5 297 906	4 768 000
23 CREUSE	13 269 756	12 333 000	1 011 945	910 000	1 251 734	1 127 000
24 DORDOGNE	20 069 050	18 021 000	2 085 220	1 880 000	3 500 686	3 151 000
25 DOUBS	14 585 116	13 081 000	3 005 170	2 700 000	4 806 652	4 326 000
26 DRÔME	14 659 626	13 002 000	2 269 210	2 040 000	4 466 347	4 020 000
27 EURE	13 673 042	12 220 000	2 361 205	2 130 000	5 482 538	4 934 000
28 EURE-ET-LOIR	11 579 959	10 399 000	1 717 240	1 550 000	3 434 225	3 091 000
29 FINISTÈRE	32 616 737	29 222 000	3 894 455	3 510 000	8 864 424	7 978 000
30 GARD	25 815 761	23 145 000	4 139 775	3 730 000	6 112 985	5 502 000
31 HAUTE-GARONNE	30 904 149	27 193 000	7 666 250	6 900 000	11 378 021	10 240 000
32 GERS	10 245 172	9 171 000	1 379 925	1 240 000	1 807 988	1 627 000
33 GIRONDE	42 526 050	37 971 000	8 770 190	7 890 000	14 488 312	13 039 000
34 HÉRAULT	40 181 178	35 934 000	9 076 840	8 170 000	10 058 478	9 053 000
35 ILLE-ET-VILAINE	27 609 048	24 671 000	3 465 145	3 120 000	9 809 651	8 829 000
36 INDRE	10 695 672	9 624 000	1 195 935	1 080 000	2 162 577	1 946 000
37 INDRE-ET-LOIRE	18 952 791	17 023 000	2 146 550	1 930 000	4 706 829	4 236 000
38 ISÈRE	28 055 405	25 131 000	6 163 665	5 550 000	11 642 242	10 478 000
39 JURA	8 335 469	7 502 000	797 290	720 000	2 203 938	1 983 000
40 LANDES	14 667 104	13 099 000	2 238 545	2 010 000	3 056 929	2 751 000
41 LOIR-ET-CHER	13 385 945	12 000 000	1 747 905	1 570 000	2 759 914	2 484 000
42 LOIRE	26 535 536	23 785 000	2 729 185	2 460 000	7 422 853	6 681 000
43 HAUTE-LOIRE	8 682 451	7 780 000	766 625	690 000	2 387 721	2 149 000
44 LOIRE-ATLANTIQUE	30 770 972	27 562 000	3 127 830	2 820 000	11 701 658	10 531 000
45 LOIRET	18 409 080	16 570 000	4 017 115	3 620 000	4 888 634	4 399 000
46 LOT	9 930 566	8 926 000	1 563 915	1 410 000	1 507 725	1 357 000
47 LOT-ET-GARONNE	15 683 652	14 066 000	2 023 890	1 820 000	2 952 027	2 657 000
48 LOZÈRE	3 351 839	3 013 000	245 320	220 000	968 968	872 000
49 MAINE-ET-LOIRE	23 190 331	21 007 000	1 563 915	1 410 000	7 459 889	6 714 000
50 MANCHE	18 332 063	16 362 000	2 054 555	1 850 000	4 628 026	4 165 000
51 MARNE	13 577 157	12 246 000	1 778 570	1 600 000	5 083 866	4 575 000
52 HAUTE-MARNE	6 889 459	6 201 000	797 290	720 000	1 951 796	1 757 000
53 MAYENNE	10 694 840	9 631 000	613 300	550 000	2 542 323	2 288 000
54 MEURTHE-ET-MOSSELLE	22 501 819	20 183 000	3 526 475	3 170 000	6 925 709	6 233 000
55 MEUSE	6 772 322	6 066 000	643 965	580 000	1 760 844	1 585 000

Répartition des concours

2016				TOTAL concours prévisionnels	Cumul sur onze ans			
MDPH		Forfait autonomie	Autres actions de prévention		APA 1 + 2	PCH	MDPH	Prévention
Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours (100 %)	Concours (100 %)		Total 2006 - 2016	Total 2006 - 2016	Total 2006-2016	Total 2016
686 542	653 017	286 273	881 933	19 579 787	115 267 483	48 387 820	5 853 656	1 168 206
626 111	595 909	86 804	845 812	27 569 357	178 547 691	59 088 227	5 572 772	932 616
443 504	421 520	82 193	705 563	22 606 059	168 495 603	36 878 444	4 041 102	787 756
313 264	297 824	45 507	318 701	8 708 881	57 557 373	14 344 288	2 857 136	364 208
301 848	287 237	11 427	262 640	7 219 396	46 261 706	12 626 802	2 753 679	274 067
914 123	870 718	279 056	2 007 481	47 852 154	365 822 943	90 994 286	7 959 012	2 286 537
434 472	413 056	136 922	608 750	18 818 283	135 741 328	30 303 450	3 897 781	745 672
417 878	397 203	79 387	454 280	14 976 410	98 863 860	29 772 452	3 795 421	533 667
310 768	295 695	33 078	305 185	9 637 906	73 975 979	14 737 398	2 848 425	338 263
429 367	408 793	103 844	522 051	15 466 866	104 033 924	26 850 791	3 888 128	625 895
467 982	444 779	47 311	714 915	21 297 837	159 152 659	39 879 552	4 141 652	762 226
393 917	374 971	78 785	575 819	19 810 037	150 603 694	26 912 115	3 598 363	654 604
1 718 871	1 637 096	582 771	3 157 524	84 695 383	577 271 365	182 287 312	14 823 469	3 740 295
728 314	693 164	423 396	1 132 889	31 606 272	210 341 487	61 319 909	6 441 568	1 556 285
308 291	293 568	15 637	314 422	10 472 421	84 646 854	14 693 825	2 875 913	330 059
460 572	438 398	109 457	686 468	20 970 369	154 175 927	36 908 117	4 165 720	795 926
646 968	615 982	230 141	1 298 254	35 001 157	257 722 565	56 862 357	5 719 795	1 528 395
429 533	408 802	127 901	608 564	18 338 520	129 073 104	33 910 646	3 909 249	736 465
370 899	352 787	115 672	502 924	15 843 899	128 580 987	21 917 805	3 414 002	618 596
312 434	296 781	-	270 198	9 433 175	63 762 196	21 060 548	2 824 735	270 198
342 763	326 340	-	305 813	10 857 758	68 975 213	20 108 891	3 048 432	305 813
612 817	583 226	49 116	855 350	21 798 969	146 410 527	49 011 582	5 436 481	904 465
633 467	603 288	164 186	1 174 570	34 135 462	250 653 631	58 304 112	5 602 271	1 338 756
286 303	272 437	14 033	277 270	15 819 738	142 964 879	13 392 223	2 671 531	291 303
499 720	475 411	170 601	906 171	26 154 677	204 680 450	38 165 045	4 477 177	1 076 773
613 420	584 257	139 729	806 642	23 010 357	140 637 966	48 547 535	5 412 077	946 371
555 329	528 270	117 075	832 047	21 950 513	146 326 849	45 077 994	4 901 041	949 122
667 526	635 039	409 563	884 751	22 184 311	133 275 016	56 715 708	5 857 081	1 294 315
534 568	508 202	44 104	680 203	17 265 992	116 474 131	36 486 611	4 758 271	724 307
889 086	846 431	103 644	1 598 955	46 264 702	338 335 771	90 112 401	7 811 372	1 702 599
757 152	720 647	181 828	1 292 502	36 825 673	260 449 820	63 426 820	6 517 983	1 474 330
1 284 217	1 222 747	221 120	1 751 932	51 232 636	306 688 723	110 616 833	10 718 296	1 973 052
340 847	324 242	15 837	399 135	13 773 932	132 447 696	18 682 840	3 097 856	414 972
1 401 118	1 333 758	883 478	2 321 717	67 185 670	430 033 153	142 904 727	11 827 181	3 205 195
1 056 457	1 006 036	67 158	1 841 815	60 372 953	408 715 601	99 030 819	8 834 160	1 908 973
1 023 413	974 337	239 363	1 440 655	41 907 257	262 652 293	93 772 008	8 690 621	1 680 018
362 452	344 353	41 498	472 280	14 416 635	111 976 474	22 997 108	3 358 828	513 777
661 331	629 720	314 339	1 004 592	26 467 502	182 829 962	49 509 470	5 827 692	1 318 932
1 142 958	1 088 484	469 504	1 775 466	47 004 270	259 124 081	112 427 397	9 780 533	2 244 970
391 630	372 853	137 724	460 430	11 728 327	85 653 904	23 319 304	3 556 137	598 154
493 131	469 072	9 021	752 996	20 455 709	147 854 865	30 368 961	4 302 605	762 017
440 470	419 364	94 623	634 109	18 334 234	134 336 340	28 291 651	3 970 071	728 732
759 707	722 778	395 731	1 309 464	37 447 281	264 330 669	81 825 383	6 710 253	1 705 195
368 381	350 658	18 042	416 763	12 205 178	89 659 221	24 386 286	3 339 208	434 806
1 244 833	1 185 722	262 618	1 955 545	46 845 293	300 106 661	114 879 042	10 494 347	2 218 163
700 435	666 731	157 170	1 053 723	28 015 263	180 487 473	54 031 574	6 185 479	1 210 893
321 931	306 269	122 087	389 264	13 324 136	97 040 655	16 787 554	2 958 143	511 351
443 067	421 498	128 903	670 518	21 102 637	158 954 072	32 020 654	3 987 113	799 421
258 284	245 997	13 231	149 480	4 824 411	34 608 305	10 002 684	2 414 024	162 711
829 389	789 361	675 389	1 225 353	33 043 524	229 981 984	72 040 859	7 212 628	1 900 741
558 390	531 427	265 825	933 549	25 573 034	183 951 559	48 825 224	4 991 347	1 199 374
653 964	622 341	414 375	864 689	21 093 556	137 080 515	55 966 299	5 840 449	1 279 064
337 593	321 075	56 533	334 529	9 976 138	71 053 751	21 144 571	3 125 729	391 062
431 412	410 899	90 613	514 736	14 281 876	108 286 818	27 230 831	3 886 806	605 349
795 342	756 611	500 978	1 113 877	33 749 344	223 284 866	71 997 293	7 006 438	1 614 856
350 273	332 727	70 967	327 553	9 527 404	67 191 192	17 835 393	3 224 302	398 520

2 | ANNEXES

Département	2016					
	APA1		APA2		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
56 MORBIHAN	26 805 557	24 022 000	3 066 500	2 760 000	6 306 821	5 676 000
57 MOSELLE	27 331 911	24 597 000	4 630 415	4 170 000	9 006 967	8 106 000
58 NIÈVRE	10 621 260	9 533 000	1 257 265	1 130 000	2 389 751	2 151 000
59 NORD	65 040 822	58 519 000	9 598 145	8 640 000	25 488 003	22 939 000
60 OISE	14 814 561	13 268 000	2 545 195	2 290 000	8 105 745	7 295 000
61 ORNE	12 680 384	11 425 000	1 502 585	1 350 000	2 606 701	2 346 000
62 PAS-DE-CALAIS	48 404 516	43 451 000	10 610 090	9 550 000	13 916 556	12 525 000
63 PUY-DE-DÔME	20 822 081	18 667 000	3 158 495	2 840 000	5 499 947	4 950 000
64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	23 779 509	21 227 000	3 587 805	3 230 000	5 744 976	5 170 000
65 HAUTES-PYRÉNÉES	11 809 349	10 607 000	2 299 875	2 070 000	2 159 362	1 943 000
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	19 615 337	17 535 000	3 097 165	2 790 000	4 448 846	4 004 000
67 BAS-RHIN	25 530 813	23 556 000	5 335 710	4 800 000	9 137 605	8 223 000
68 HAUT-RHIN	17 859 925	16 040 000	3 005 170	2 700 000	6 318 572	5 686 000
69 RHÔNE	9 701 068	8 729 000	2 054 555	1 850 000	3 302 290	2 972 000
69 M Métropole de Lyon	25 975 431	23 373 000	6 133 000	5 520 000	11 550 696	10 395 000
70 HAUTE-SAÔNE	7 725 829	6 966 000	797 290	720 000	2 041 645	1 837 000
71 SAÔNE-ET-LOIRE	23 358 072	20 922 000	2 759 850	2 480 000	5 088 746	4 580 000
72 SARTHE	18 787 273	16 976 000	1 839 900	1 660 000	4 709 095	4 238 000
73 SAVOIE	9 061 667	8 015 000	1 962 560	1 770 000	3 287 018	2 958 000
74 HAUTE-SAVOIE	10 896 941	9 618 000	3 127 830	2 820 000	5 778 275	5 200 000
75 PARIS	4 302 717	6 574 000	10 548 760	9 490 000	13 688 319	12 315 000
76 SEINE-MARITIME	34 993 000	31 746 000	7 666 250	6 900 000	11 146 879	10 032 000
77 SEINE-ET-MARNE	16 345 581	14 712 000	4 231 770	3 810 000	10 837 760	9 753 000
78 YVELINES	12 189 530	11 388 000	4 845 070	4 360 000	9 747 013	8 771 000
79 DEUX-SÈVRES	14 720 114	13 327 000	1 195 935	1 080 000	3 221 094	2 899 000
80 SOMME	18 482 746	16 518 000	3 526 475	3 170 000	5 163 266	4 647 000
81 TARN	18 187 361	16 274 000	2 361 205	2 130 000	3 660 814	3 295 000
82 TARN-ET-GARONNE	9 953 801	8 917 000	1 441 255	1 300 000	2 628 522	2 366 000
83 VAR	34 853 374	31 131 000	7 574 255	6 820 000	8 524 827	7 672 000
84 VAUCLUSE	16 152 157	14 413 000	2 361 205	2 130 000	4 343 200	3 909 000
85 VENDÉE	20 953 085	18 726 000	1 379 925	1 240 000	5 751 897	5 177 000
86 VIENNE	14 701 239	13 216 000	1 379 925	1 240 000	3 484 557	3 136 000
87 HAUTE-VIENNE	15 651 684	14 088 000	2 269 210	2 040 000	3 620 752	3 259 000
88 VOSGES	12 769 509	11 451 000	1 257 265	1 130 000	3 088 856	2 780 000
89 YONNE	12 839 625	11 538 000	1 379 925	1 240 000	3 316 920	2 985 000
90 TERRITOIRE DE BELFORT	4 363 566	3 894 000	797 290	720 000	1 222 150	1 100 000
91 ESSONNE	14 320 739	12 959 000	3 495 810	3 150 000	9 111 976	8 200 000
92 HAUTS-DE-SEINE	1 822 302	2 087 000	5 121 055	4 610 000	9 185 388	8 264 000
93 SEINE-SAINT-DENIS	22 550 105	20 583 000	6 838 295	6 150 000	13 006 791	11 705 000
94 VAL-DE-MARNE	19 595 172	17 657 000	5 550 365	5 000 000	10 496 659	9 446 000
95 VAL-D'OISE	15 144 940	13 664 000	3 925 120	3 530 000	9 184 782	8 265 000
971 GUADELOUPE	15 288 107	13 679 000	2 177 215	1 960 000	4 143 481	3 729 000
972 MARTINIQUE	16 749 618	15 077 000	2 238 545	2 010 000	3 621 825	3 260 000
973 GUYANE	2 668 922	2 364 000	153 325	140 000	1 744 714	1 570 000
974 RÉUNION	24 643 936	22 173 000	3 863 790	3 480 000	8 619 284	7 758 000
975 SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	142 961	129 000	30 665	30 000	73 552	66 000
976 MAYOTTE	1 399 225	1 686 000	183 990	170 000	832 611	749 000
977 SAINT-BARTHÉLEMY	149 531	135 000	30 665	30 000	57 984	52 000
978 SAINT-MARTIN	539 263	485 000	61 330	60 000	251 631	226 000
TOTAL	1 799 104 622	1 619 009 000	306 650 000	276 040 000	568 563 692	511 687 000

Répartition des concours

2016				TOTAL concours prévisionnels	Cumul sur onze ans			
MDPH		Forfait autonomie	Autres actions de prévention		APA 1 + 2	PCH	MDPH	Prévention
Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours (100 %)	Concours (100 %)		Total 2006 -2016	Total 2006-2016	Total 2006-2016	Total 2016
744 189	707 981	272 240	1 357 441	36 923 067	254 017 398	66 719 710	6 507 459	1 629 681
1 056 665	1 006 047	434 221	1 593 901	42 025 958	256 067 709	95 846 960	9 242 091	2 028 123
348 729	331 647	50 719	470 941	14 617 004	111 326 681	25 761 878	3 248 896	521 660
2 306 115	2 196 290	1 079 339	3 477 839	102 433 085	675 031 507	265 960 859	19 896 784	4 557 178
855 401	814 699	529 445	1 090 363	26 320 901	137 368 895	83 070 460	7 468 825	1 619 808
409 528	389 773	188 042	554 002	17 199 198	127 560 331	28 328 345	3 763 132	742 044
1 369 211	1 304 117	704 256	2 128 200	74 300 373	506 968 842	146 326 840	12 007 930	2 832 456
700 915	666 755	137 323	1 095 282	30 181 438	208 094 993	58 699 937	6 202 581	1 232 605
691 781	658 286	127 500	1 224 924	33 804 072	237 636 655	60 124 316	6 065 487	1 352 423
363 048	345 383	16 038	466 265	16 631 634	119 651 074	24 417 586	3 347 858	482 303
523 986	498 658	108 255	908 529	27 685 334	196 245 413	45 130 957	4 604 829	1 016 783
1 111 446	1 057 864	410 566	1 590 474	41 115 574	249 447 924	98 385 596	9 612 031	2 001 040
792 675	754 474	377 889	1 151 804	27 976 343	165 479 355	67 015 403	6 953 726	1 529 693
321 658	306 482	224 127	623 666	15 379 571	301 135 232	128 494 944	10 861 027	847 793
1 286 633	1 224 928	733 726	1 723 969	44 945 759	54 346 431	22 861 710	2 515 337	2 457 695
385 495	366 538	92 618	417 750	10 950 259	78 071 860	21 846 091	3 506 829	510 367
604 616	575 804	426 804	1 076 392	31 811 284	234 628 433	53 638 186	5 419 481	1 503 196
629 204	599 068	409 363	951 606	25 965 472	189 134 654	49 123 029	5 581 635	1 360 969
503 815	479 621	197 464	669 647	14 815 059	86 990 967	34 794 618	4 443 252	867 112
800 696	761 886	140 531	1 048 035	20 603 742	103 097 228	55 779 073	6 721 293	1 188 565
1 844 754	1 756 568	1 323 112	2 985 439	30 384 551	140 377 143	149 341 477	15 799 622	4 308 551
1 145 065	1 090 592	1 329 928	1 932 581	54 951 194	357 554 621	123 790 679	10 024 786	3 262 509
1 320 375	1 257 606	449 257	1 611 927	32 735 486	146 536 015	109 678 723	11 130 182	2 061 183
1 240 593	1 181 504	555 707	1 846 222	28 022 206	115 840 305	100 117 004	10 778 746	2 401 929
486 124	462 712	139 528	669 833	19 623 267	147 266 388	33 071 397	4 326 018	809 361
653 795	622 333	53 325	881 991	27 826 282	188 055 577	59 348 595	5 807 117	935 316
482 760	459 539	62 547	740 473	24 692 140	185 119 963	38 270 853	4 310 459	803 020
390 734	371 807	21 851	435 999	14 414 312	102 898 903	26 053 033	3 461 898	457 850
892 599	849 611	347 016	2 027 703	51 845 055	354 450 352	86 050 770	7 739 398	2 374 719
601 322	572 635	216 509	940 364	23 457 884	162 879 062	45 800 470	5 343 458	1 156 873
676 271	643 488	183 231	1 202 357	28 761 178	199 477 458	56 071 249	5 869 951	1 385 588
537 430	511 350	259 811	726 836	20 103 151	147 264 778	37 702 205	4 806 150	986 647
484 248	460 615	109 658	705 979	22 025 894	164 682 245	38 869 532	4 374 410	815 637
479 094	456 350	128 302	669 173	17 594 725	125 426 873	34 105 627	4 377 657	797 475
449 117	426 809	6 415	629 677	17 985 586	129 117 588	37 394 323	4 094 645	636 092
316 153	300 972	22 453	216 123	6 699 159	41 672 289	12 728 301	2 882 353	238 575
1 180 351	1 123 407	661 356	1 546 705	28 108 875	126 339 878	93 570 824	10 026 801	2 208 061
1 301 392	1 239 630	671 780	1 942 990	17 430 137	42 782 599	97 276 572	10 982 284	2 614 770
1 477 812	1 407 701	659 952	1 606 552	43 873 003	235 236 467	134 869 055	12 478 811	2 266 505
1 296 313	1 234 369	717 087	1 654 261	36 938 510	204 879 686	112 762 870	10 980 529	2 371 347
1 178 893	1 122 332	485 141	1 348 448	29 433 735	145 848 394	97 626 719	10 104 974	1 833 589
530 103	503 973	-	565 339	22 138 906	197 915 963	44 527 965	4 800 878	565 339
515 315	490 213	-	590 443	23 125 304	159 866 126	41 394 504	4 691 284	590 443
409 291	389 761	-	121 936	4 976 252	24 487 238	15 667 776	3 481 968	121 936
948 445	902 483	-	782 538	38 075 455	294 551 356	85 980 220	7 974 947	782 538
39 112	37 314	-	7 623	286 290	1 217 730	267 692	191 886	7 623
357 899	340 119	-	56 823	2 773 725	1 583 215	832 611	1 972 766	56 823
-	-	-	7 789	238 180	1 190 057	396 784	-	7 789
-	-	-	22 029	852 224	4 202 217	1 833 976	-	22 029
70 800 000	67 392 000	25 000 000	102 000 000	2 745 118 313	18 258 435 882	5 907 708 136	618 000 000	127 000 000

Annexe 3

Analyse de l'actualisation 2016 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

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 pour objectif initial de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services tarifés par l'État dans la région et accompagnant les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap.

La mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et le passage, à partir de 2011 et plus particulièrement de 2012, à un mode d'allocation de ressources en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) ont conduit entre 2010 et 2012 à une profonde évolution de la nature du PRIAC. **Désormais, le PRIAC correspond au cadrage financier des enveloppes dédiées au développement de l'offre médico-sociale, l'évaluation des besoins régionaux figurant dans le SROMS (schéma régional d'organisation médico-sociale) et à l'avenir dans le schéma régional de santé (SRS).**

L'objectif de l'actualisation annuelle des PRIAC par les ARS est d'apporter une lisibilité sur la mise en œuvre du solde des plans de créations de places pluriannuels et sectoriels, à la fois en matière de création de places et en matière de transformation.

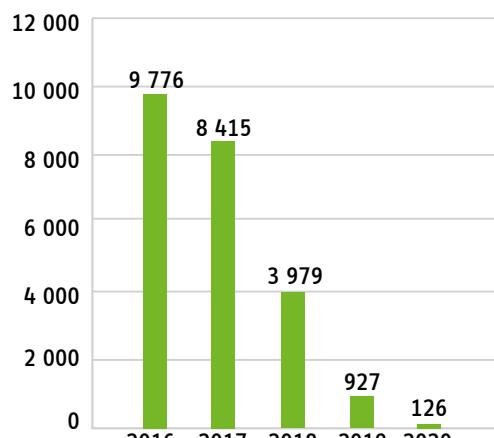
L'analyse des montants programmés par les agences régionales de santé (ARS) dans les PRIAC donne les tendances suivantes (selon le bilan au 31 décembre 2015 présenté au Conseil de la CNSA de juillet 2016).

1. Secteur « personnes âgées »

7 208 places ont été installées en 2015 (hors pôles d'activités et de soins adaptés – PASA – et plateforme d'accompagnement et de répit – PFR – non comptabilisés en places) pour un montant consommé de 90,2 M€.

23 222 places devraient être installées sur la période 2016-2020 pour un montant global de 285,7 M€.

► **Nombre de places programmées dans le secteur des personnes âgées entre 2016 et 2020 (tous types de crédits confondus)**



Source : CNSA (SEPPIA).

Comme les années précédentes, la part des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans la programmation globale est la plus importante (68,2 % soit 15 831 places). L'offre spécifiquement dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées représente près d'un quart des crédits programmés.

► Offre spécifique Alzheimer

La CNSA a notifié 273 M€ aux ARS pour la création de 8 340 places ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012.

Au 31 décembre 2015, **206,2 M€** ont été engagés (c'est-à-dire autorisés) par les ARS, soit **76 %** des crédits notifiés.

	Réalisation au 31/12/2015		Programmation 2016-2020		Prévision au 31/12/2020	
	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés	Places installées	Millions d'€ consommés
ESA	4 854	72,7	701	11,6	5 555	84,3
PASA	0	88,8	0	24,6	0	113,4
Plateforme	0	15,4	0	6,8	0	22,2
UHR	1 544	29,3	986	21,6	2 530	50,9
Total	6 398	206,2	1 687	64,6	8 085	270,8

Source : CNSA (SEPPIA).

Dans l'ensemble, les places spécifiques à l'accompagnement des malades d'Alzheimer s'installent vite. 93 % des places autorisées sont installées au 31 décembre 2015. Pour les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), la quasi-intégralité des places autorisées sont

d'ores et déjà installées. En revanche, les PASA présentent des délais d'installation un peu plus longs (87 % des autorisations se sont traduites par des installations) en raison des travaux requis.

2. Secteur « personnes handicapées »

En 2015, 4 729 places ont été installées :
2 526 places dans le secteur « adulte » et
2 203 places dans le secteur « enfants ».

10 824 places sont programmées sur le champ du handicap pour la période 2016-2019. Comme les années précédentes, les installations destinées aux adultes sont majoritaires et les places en établissement restent les plus nombreuses, bien que, sur l'enfance, les SESSAD soient majoritaires.

► Le développement de l'offre par type de structure

Secteur « enfants »

Comme l'an passé, **plus de la moitié des places programmées sont des SESSAD et plus d'un quart des IME**. Les ITEP et les structures expérimentales (établissements et services) représentent 10 % de la programmation.

► Répartition des places programmées dans le secteur de l'enfance entre 2016 et 2019

Catégories d'ESMS	Nombre de places programmées 2016-2019	Part de chaque catégorie
SESSAD	2 037	51,0 %
IME	1 018	25,5 %
ITEP	211	5,3 %
Établissement expérimental	188	4,7 %
Accueil temporaire	144	3,6 %
Équipe mobile	109	2,7 %
IEM	82	2,1 %
Service expérimental	68	1,7 %
Établissement pour polyhandicapés	51	1,3 %
Institut d'éducation sensorielle	37	0,9 %
Institut déficients visuels	31	0,8 %
Institut déficients auditifs	14	0,4 %
Total enfants	3 991	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

Secteur « adultes »

La programmation est majoritairement orientée vers des places de FAM et MAS. On note également que les structures autorisées conjointement avec les conseils départementaux (FAM et SAMSAH) représentent près de 6 places sur 10.

► Répartition des places programmées dans le secteur des adultes entre 2016 et 2019

Catégories d'ESMS	Nombre de places programmées 2016-2019	Part de chaque catégorie
FAM	2 594	38,0 %
MAS	1 865	27,3 %
SAMSAH	1 457	21,3 %
SSIAD-SPASAD	264	3,9 %
Service expérimental	147	2,2 %
Équipe mobile	127	1,9 %
Accueil temporaire	127	1,9 %
EHPAD (PHV)	111	1,6 %
Établissement expérimental	102	1,5 %
CRP	39	0,6 %
Total adultes	6 834	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

► La programmation par type de déficience

L'autisme reste la priorité de la programmation 2016-2019, avec près de 41 % de la programmation destinée à l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme. Les places en faveur des personnes avec troubles du spectre de l'autisme sont 2,6 fois plus importantes dans la programmation 2016-2019 que parmi l'ensemble des places installées entre 2008 et 2015. Cette dynamique résulte de l'accélération de la mise en œuvre du troisième plan Autisme par les ARS.

Outre l'autisme, les places dédiées aux déficiences psychiques restent importantes pour les adultes. En revanche sur l'enfance, la part des places destinées aux troubles du comportement, bien qu'encore importante, diminue de plus d'un tiers (au profit de l'autisme).

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes fait encore l'objet d'un effort particulier (603 places, soit 9 % de la programmation pour les adultes) malgré un léger recul.

L'accompagnement des handicaps rares, bien qu'encore minoritaire dans la programmation (5,3 %) est, en proportion, sept fois plus important que sur la période 2008-2015.

Répartition des places programmées par type de public/déficience entre 2016 et 2019

Catégories d'ESMS	Adultes	Enfants	Total PH	Part de chaque catégorie
Autisme – TED	2 168	2 256	4 424	40,9 %
Toutes déficiences	1 055	337	1 392	12,9 %
Déficiences psychologiques	1 372	5	1 377	12,7 %
Déficience intellectuelle	162	444	606	5,6 %
Personnes handicapées vieillissantes (PHV)	603	0	603	5,6 %
Polyhandicap	406	127	533	4,9 %
Autres handicaps rares	349	149	498	4,6 %
Troubles du comportement	0	459	459	4,2 %
Cérébro-lésés	423	0	423	3,9 %
Déficience motrice	130	75	205	1,9 %
Déficience non précisée	74	15	89	0,8 %
Épilepsie	60	9	69	0,6 %
Troubles du langage	0	52	52	0,5 %
Déficiences auditives	16	20	36	0,3 %
Déficiences sensorielles	0	23	23	0,2 %
Alzheimer	15	0	15	0,1 %
Déficiences visuelles	0	10	10	0,1 %
Surdité-cécité	0	9	9	0,1 %
Total	6 834	3 991	10 824	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

Annexe 4

Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Bilan des notifications 2016

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. Elle doit ainsi permettre d'accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans leurs investissements. Dans le champ des personnes âgées, notamment, elle doit tenir compte de la solvabilité des personnes (« reste-à-chARGE »).

Avec les subventions du plan d'aide à l'investissement, la CNSA permet, par le biais d'aides en capital, de diminuer le recours à l'emprunt et de limiter l'impact des frais financiers sur les tarifs (qu'ils soient acquittés par l'assurance maladie dans le secteur du handicap ou par l'usager dans le secteur des personnes âgées). Le régime comptable des subventions accordées renforce ce premier effet en permettant également de réduire l'impact de la charge d'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt ainsi tant à la mise en œuvre de la politique de développement de l'offre qu'à la modernisation des structures existantes. Cet enjeu est particulièrement important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980, pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît.

La contribution de la CNSA au financement de l'investissement des ESMS constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008¹.

1. Les critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité des ESMS au PAI, posés par la loi, sont demeurés inchangés en 2016 :

- **Périmètre** : les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées (article L. 314-3-1 du CASF) en fonctionnement et relevant du périmètre de financement de la CNSA ;
- **Nature** : les opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux en fonctionnement, ainsi que la création de places nouvelles pour les capacités habilitées à l'aide sociale.

¹. Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10^e de l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Ces critères ont été déclinés et précisés dans l'arrêté du 30 mai 2016.

2. Les crédits délégués aux ARS

Le PAI 2016 d'un volume de 110 M€ a été délégué aux ARS.

La répartition de ces 110 M€ a généré les enveloppes d'investissement suivantes :

- 99 M€ déconcentrés aux ARS :
 - 72 M€ sur le secteur des personnes âgées ;
 - 27 M€ sur le secteur des personnes handicapées ;
- 11 M€ alloués sur décision ministérielle, et notifiés en cours d'année aux ARS au regard des projets soutenus.

Les axes de mise en œuvre ont été précisés aux ARS au travers de l'instruction technique du 1^{er} juin 2016 qui a orienté l'emploi des crédits vers le financement d'opérations portant sur la restructuration, l'extension et la création de places.

Sur le secteur du handicap, la priorité aux opérations de création pour les établissements accueillant des personnes adultes a également été maintenue, avec une orientation forte vers les projets visant à adapter les modalités d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes avec autisme.

3. Notification des aides allouées

Le PAI a été consommé à hauteur de 111,6 M€, soit 1,6 M€ de plus que le PAI initialement prévu, suite à un report de crédits d'un PAI antérieur lié au changement de nature juridique d'une opération.

Il a été notifié par les ARS comme suit pour 149 opérations :

- 81,6 M€ pour 101 opérations sur le secteur des personnes âgées ;
- 30 M€ pour 48 opérations sur le secteur des personnes handicapées.

Par ailleurs, 10 M€ ont été alloués à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour la modernisation des résidences autonomie.

Annexe 5

Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2015

Pour la dixième année consécutive, la synthèse des rapports d'activité des MDPH permet de prendre la mesure du chemin parcouru depuis leur création et de leur rôle central dans l'accès aux droits des personnes handicapées. Cette synthèse des données 2015 s'enrichit également des maquettes financières et d'effectifs des

résultats des différentes enquêtes statistiques conduites par la CNSA (enquête dite « des échanges annuels » relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH, suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap – PCH – et de l'allocation aux adultes handicapés – AAH).

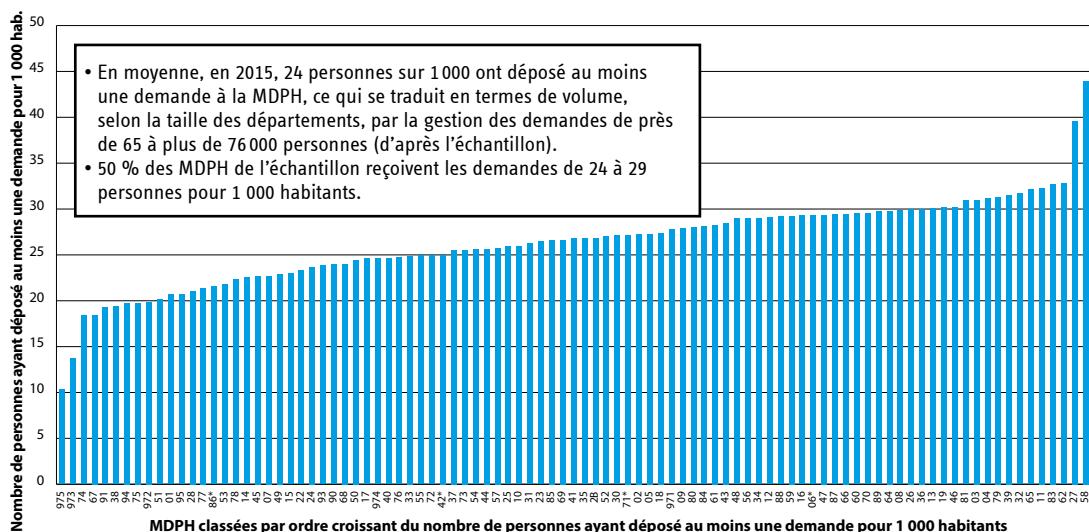
1. Pour la 10^e année consécutive, les MDPH font face à une activité toujours croissante

En 2015, 1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande, ce qui correspond à une hausse annuelle de 4 %. L'augmentation était plus forte en 2014 et en 2013 : respectivement + 6,8 % et + 7,3 %.

Près de 4,25 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, ce qui représente une augmentation de 7,3 % entre 2014 et 2015

(+ 7 % entre 2013 et 2014 et + 8,3 % entre 2012 et 2013). La pression de la demande exprimée par le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 22 à 97 pour 1 000 habitants selon les MDPH. Un peu moins d'une demande déposée sur cinq (19 %) relève des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants.

Entre 10 et 44 personnes pour 1 000 habitants ont déposé au moins une demande à la MDPH en 2015 Échantillon : 95 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2016.

Bilan du fonctionnement et de l'activité des MDPH

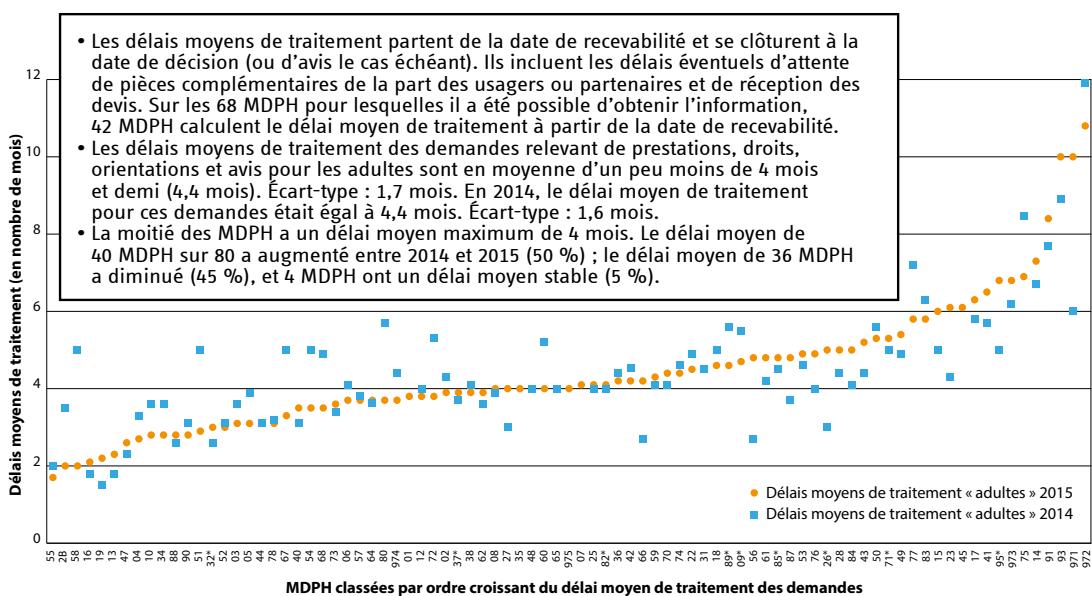
La hausse du nombre de décisions (4,28 millions de décisions et avis) prises par les MDPH entre 2014 et 2015 (+ 8 %) témoigne de la mobilisation des MDPH pour faire face à la croissance des demandes.

Les taux d'accord sont très variables selon les types de demandes : s'ils restent stables pour l'AAH (72 % en 2014 puis 71,4 % en 2015), ils tendent à la baisse pour les formations professionnelles (51,9 % en 2014 à 46 % en 2015), pour les cartes de priorité ou d'invalidité des dossiers adultes (66,4 % en 2014 contre 63,4 % en 2015) ainsi que pour le complément de ressources (20,2 % en 2014 et 17,6 % en 2015). Les taux d'accord diminuent pour toutes les demandes de prestations et droits concernant des enfants, en particulier concernant le matériel

pédagogique adapté (75,2 % en 2014 contre 71,1 % en 2015), la PCH : 45,4 % en 2014 contre 42,4 % en 2015 et l'aide humaine à la scolarisation (- 2,8 points) ; à l'exception des cartes d'invalidité ou de priorité qui enregistrent une hausse de 3,4 points.

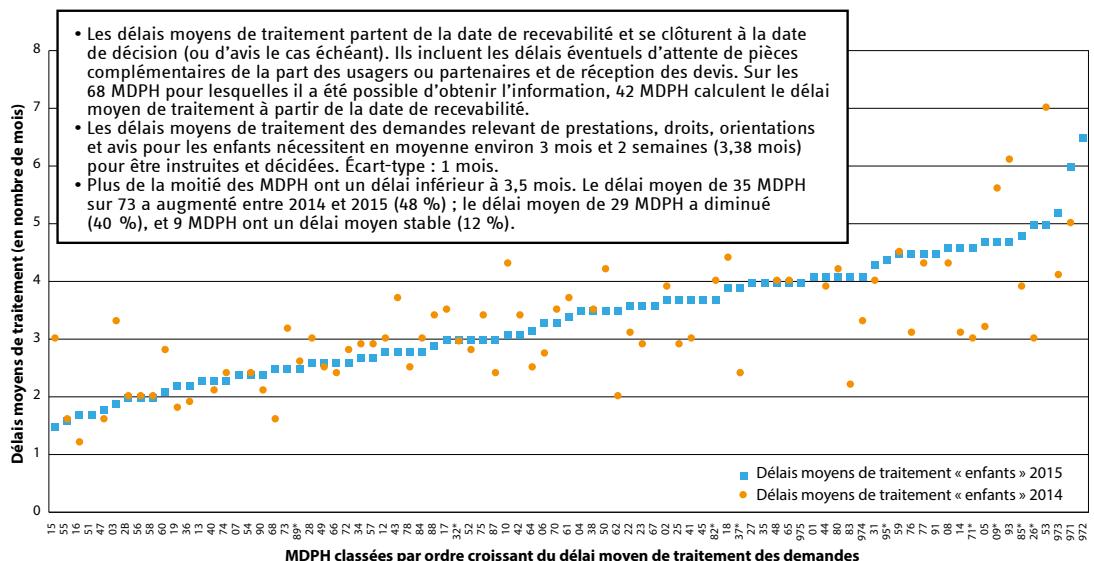
Les délais moyens de traitement restent contenus malgré la hausse de l'activité. Pour les adultes, il est de 4 mois et demi (stabilité depuis 2012), mais recouvre des réalités très différentes d'un territoire à l'autre, le délai moyen de traitement des dossiers adultes ayant augmenté dans 50 % des MDPH entre 2014 et 2015. Le délai moyen de traitement des demandes concernant des enfants est de 3 mois et demi (il était de 3 mois et une semaine en 2014 et 2013).

Le délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2015 Échantillon : 85 MDPH



Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2015

Échantillon : 85 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2016.

Ces délais varient selon les prestations, proches du délai réglementaire pour les cartes européennes de stationnement (AEEH), les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que l'AAH (entre 3,4 mois et 4,8 mois), plus longs pour l'ensemble des volets de la PCH (5,2 mois), même si l'attribution du volet aide humaine est un peu en deçà (5,1 mois).

de territorialisation ou organisé des permanences d'accueil de certains de leurs partenaires dans leurs locaux, modalités jugées positives pour les usagers comme pour les professionnels des MDPH. Les MDPH s'appuient sur des relais territoriaux préexistants (CLIC, CCAS-CIAS, maisons des solidarités, etc.) ou créés *ad hoc* (maisons de l'autonomie par exemple).

2. Des efforts pour gagner en efficience et améliorer la qualité de service rendu aux usagers

En complémentarité de l'accueil physique et téléphonique, la réception et le traitement des demandes formulées par courriel se développent et permettent de diminuer la pression sur les autres modes d'accueil pour repenser la gestion du temps d'accueil physique et téléphonique. Plusieurs MDPH disposent de sites Internet et de services Web (portails usagers) en propre ou via le site Internet du département.

L'accueil

L'accueil est une mission clé pour les MDPH amenées à faire évoluer les modes d'accueil en intégrant les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la territorialisation de l'accueil et la qualité de service. Il s'agit également du premier contact entre les personnes et la MDPH.

Dans un contexte d'augmentation du nombre de demandes, mais aussi d'une exigence de qualité renforcée de l'accueil des usagers, les MDPH s'organisent et diversifient leurs modes d'accueil.

Certaines MDPH ont mutualisé la fonction accueil avec le département dans une logique

Des accueils spécifiques pour certains publics ont été mis en place sur certaines MDPH : enfants, handicap sensoriel, handicap psychique, etc. Des agents ont été spécialement formés, par exemple avec l'aide d'interprètes ou en collaboration avec des partenaires.

Plus largement, la formation des professionnels d'accueil se fait régulièrement sur la politique du handicap, les types de handicap, l'accueil, la législation sociale, la gestion de l'agressivité ou encore la langue des signes.

Plusieurs MDPH développent également la polyvalence des agents pour faciliter la continuité

du service en période de congés ou d'absence, au bénéfice également de la cohésion des équipes et du bien-être des agents.

► L'instruction

La mission d'instruction des demandes est pilotée de manière à concilier les objectifs de réduction des délais et de qualité de service.

Si la majorité des MDPH privilégie une structuration de l'instruction en services ou pôles identifiés par catégories d'âge, les services d'instruction polyvalents instruction-évaluation se développent. Lorsqu'elles sont mises en place, ces organisations sont jugées pertinentes, favorisant l'adaptabilité et la réactivité des services, en particulier lors des pics d'activité, l'équilibrage de la charge de travail entre les secteurs adultes et enfants, et la diversité des missions des professionnels.

Les délais d'instruction s'établissent en moyenne à 4 mois, en dépit de grandes disparités entre MDPH et entre demandes. Ces délais sont impactés par plusieurs facteurs : la complexité des dossiers, la pression exercée par l'augmentation du nombre de demandes, la réduction du stock de demandes et du retard accumulé, l'incomplétude des dossiers et l'objectif d'amélioration qualitative du traitement des demandes.

La simplification des procédures, l'intégration numérique des dossiers et l'organisation de circuits différenciés pour les dossiers complexes participent à l'optimisation des MDPH.

► L'évaluation

Le processus d'évaluation, cœur de métier des MDPH, se structure afin de concilier efficience et qualité de service : recherche d'une optimisation des organisations en matière d'évaluation pour la juste mobilisation des expertises internes et externes et l'approfondissement des évaluations en tant que de besoin.

Une majorité de MDPH mobilise des équipes pluridisciplinaires spécifiques à certaines situations et demandes (psychiatrie, troubles du spectre autistique (TSA), scolarité, orientations professionnelles, etc.), avec, souvent, des équipes dédiées aux publics 16-25 ans. L'évaluation s'appuie également sur un réseau partenarial

qui se renforce : Pôle Emploi, conseillers en insertion, référents de scolarisation, établissements, médecins, sont autant de professionnels mobilisés par convention, contrats de vacation ou collaborations informelles.

La formation des évaluateurs est un enjeu stratégique pour garantir l'application de la réglementation et l'équité de traitement. Au sein des MDPH, la formation aux outils continue de se déployer et est réalisée régulièrement en interne par un médecin coordonnateur et, en externe, par la participation à des colloques, séminaires ou journées portes ouvertes en ESMS. Les temps de réflexion sur les pratiques se développent également et sont l'occasion de consolider les compétences des professionnels en s'appuyant sur le partage de bonnes pratiques.

La formalisation de plans personnalisés de compensation (PPC) reste un défi pour les MDPH, toutes les demandes formulées aux MDPH ne faisant pas l'objet d'un PPC. En 2015, tout comme en 2014, les évaluations réalisées uniquement sur dossier représentent 83 % des évaluations réalisées par les MDPH. Cette augmentation peut être en partie l'expression de la charge de travail croissante, mais également le résultat d'une mobilisation du partenariat et d'un accueil renforcé permettant le dépôt de dossiers complets et largement documentés.

Le caractère non automatisé de la saisie des documents est identifié comme un frein à la généralisation des PPC et à leur diffusion par les MDPH. Les évaluations réalisées avec au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 4,5 % des évaluations réalisées par les MDPH (4 % en 2014). Les situations complexes et charnières, en particulier celles des enfants et adolescents, font toutefois l'objet d'une attention accrue.

Les rapports témoignent d'une utilisation du GEVA large mais partielle et plus généralement des différents outils proposés par la CNSA.

L'informatisation du processus d'évaluation et le codage des déficiences constituent des enjeux majeurs pour une meilleure connaissance des publics accueillis au sein des MDPH et bénéficiaires des prestations et des dispositifs. En 2015, sur la pratique du codage des déficiences, parmi les quatre-vingt-douze MDPH ayant répondu à la question, cinquante MDPH indiquent coder les déficiences. Parmi

ces cinquante MDPH, quinze déclarent coder les déficiences pour tous les dossiers et trente-cinq le font pour certains dossiers. Pour certaines MDPH, le codage est partiel, pour d'autres, il est assuré sur la totalité du flux des personnes qui déposent une demande à la MDPH. Dans le premier cas, les MDPH ont choisi de cibler un public selon un critère précis : par exemple, le public orienté en ESMS, les enfants, la tranche des 16-25 ans. Dans le second cas, le codage est intégré dans le flux de traitement.

► La décision et les recours

Les membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se réunissent plusieurs fois par mois en séance plénière, simplifiée, locale (restreinte) ou spécialisée. 71 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH plénière que dans les autres formes de CDAPH. 45 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

L'année 2015, en raison des élections départementales, a été marquée par le renouvellement des instances des MDPH et notamment des CDAPH, ce qui a eu un impact sur l'activité des MDPH. Les efforts de formation des membres de la CDAPH, notamment pour les nouveaux membres, mais également de formations conjointes CDAPH et membres de l'équipe pluridisciplinaire se poursuivent. Certaines MDPH organisent l'information et la formation des CDAPH par la remise d'un dossier d'accueil, des bulletins d'information, une mise à disposition de ressources documentaires ou des échanges entre équipes d'évaluation pluridisciplinaire et CDAPH.

En moyenne, en 2015, 2,1 % des décisions font l'objet d'un recours (2,4 % en 2014). Près d'un recours déposé sur cinq est un recours contentieux. Dans 89 % des MDPH, le taux de confirmation des recours contentieux est supérieur à 50 %, et il est supérieur à 80 % dans 28 % des MDPH.

En 2015, 84 % des MDPH (échantillon de 88 MDPH) ont désigné une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou dans certains cas qui se cumule au dépôt d'un recours. Néanmoins, dans certaines MDPH, le recours au conciliateur reste très marginal voire absent.

► Des projets au service de l'efficience

Dans ce contexte d'activité toujours croissante, les rapports continuent de faire état de projets de services et réorganisations visant à trouver des marges d'efficience, en lien avec les projets nationaux.

La préparation du renouvellement des conventions pluriannuelles CNSA et l'adoption du référentiel de missions et qualité de service

L'année 2015 a été dédiée au renouvellement du cadre conventionnel des relations entre la CNSA et les départements. Dans le champ du handicap, la convention prévoit de poursuivre les efforts engagés en application de la loi du 11 février 2005 pour renforcer la qualité et l'efficacité des services fournis aux usagers pour les MDPH et favoriser l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire. À ce titre, le référentiel de missions et de qualité de service constitue un cadre partagé pour l'amélioration continue de la qualité : travaillé avec des MDPH, des représentants des associations et la DGCS, le référentiel a été finalisé en 2015 et validé par le Conseil de la CNSA du 17 novembre 2015.

Le choix d'un système d'information commun des MDPH par harmonisation

Après une phase de diagnostic et d'étude menée sur l'année 2015, le choix de réaliser un système d'information commun par harmonisation a été réalisé, en concertation avec les acteurs. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite « loi ASV » et votée fin 2015 prévoit ainsi la mise en place du chantier SI MDPH, devant contribuer à l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers, à harmoniser les pratiques professionnelles et à faciliter le pilotage national et local.

« Une réponse accompagnée pour tous » : un nouvel élan et de nouveaux droits pour les personnes sans solution

Suite à la publication, fin juin 2014, du rapport Piveteau *Zéro sans solution*, le gouvernement a confié à Marie-Sophie Desaulle la mission de déployer le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Fin 2015, vingt-quatre territoires se sont portés volontaires pour entamer la mise en œuvre de la démarche avant sa généralisation prévue

Bilan du fonctionnement et de l'activité des MDPH

au 1^{er} janvier 2018. Afin de soutenir la mobilisation des MDPH engagées, la CNSA a mis à disposition de ces territoires un appui individualisé.

Le projet IMPACT, une expérimentation ambitieuse et préfiguratrice

Le projet « Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires » (IMPACT) a été initié en 2013 suite au diagnostic par le Secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP) des circuits et processus de traitement de quatre MDPH. Celui-ci a permis d'identifier les points de blocage et les leviers éventuels de simplification, de modernisation et d'amélioration des MDPH.

Échelonnés de février 2014 à fin janvier 2016 en plusieurs chantiers et trois phases, les travaux ont abouti à :

- la modélisation du processus d'évaluation ;
- la révision du formulaire de demande ;
- la révision du certificat médical ;
- le développement « en mode agile » d'un téléservice et d'un outil de soutien à l'évaluation, à la demande de la CNSA (MDPH en ligne).

3. L'analyse des maquettes financières et d'effectifs permet d'apprecier les moyens mis à disposition des MDPH

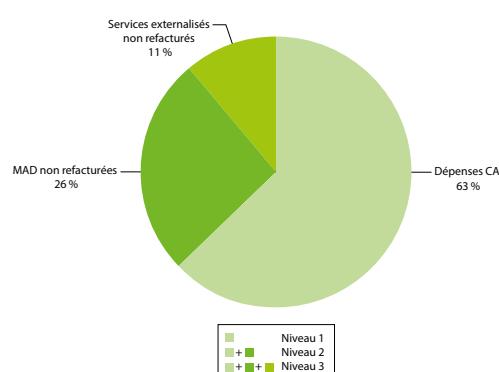
Cette analyse porte sur trois niveaux d'appréciation des dépenses de la MDPH, qui correspondent chacun à un périmètre différent de données prises en compte :

- Niveau 1 : les seules dépenses inscrites au compte administratif (CA) : flux financiers correspondant aux dépenses effectuées sur le seul budget de la MDPH, etc. ;
- Niveau 2 : les dépenses inscrites au compte administratif et les mises à disposition (MAD) de personnel non refacturées par les partenaires ;
- Niveau 3 : les dépenses inscrites au compte administratif et les mises à disposition de personnel non refacturées par les partenaires + la valorisation financière des services externalisés gratuits.

102 MDPH	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Dépenses de fonctionnement 2015	213,5 M€	302,9 M€	341,3 M€

Décomposition du coût de fonctionnement des MDPH en 2015

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA.

Les recettes (y compris les apports en nature) avoisinent 322,50 M€ (vs 320,5 M€ en 2014) réparties entre trois principaux financeurs : les départements pour 43 %, l'État¹ pour 34 % et la CNSA pour 21 %.

Les apports des partenaires comprennent :

- les dotations financières qu'ils versent (en recette pour la MDPH) ;
- les dépenses qu'ils effectuent sans refacturation pour la MDPH, en fonctionnement et en investissement (dépenses de téléphone, d'entretien, de mises à disposition de personnels, etc., valorisées dans la maquette). Ces dépenses sont ainsi les apports en nature à titre « gratuit » que les MDPH tentent chaque année de valoriser au plus près de la réalité.

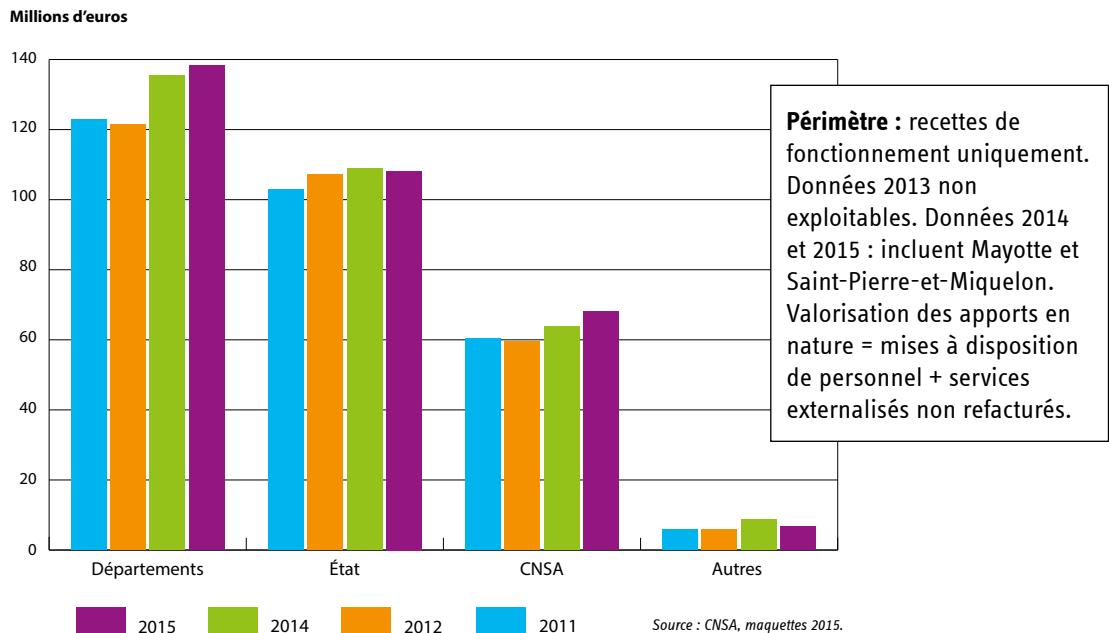
1. L'État regroupe dans cette étude la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), l'Éducation nationale.

5 | ANNEXES

Si l'on observe l'évolution dans le temps de ces apports, on peut constater que les apports des départements et de la CNSA ont, globalement,

à nouveau tendance à croître en 2015. Ceux de l'État sont stables.

Évolution des apports aux MDPH (au global : monétaires + en nature) par contributeur, entre 2011 et 2015
(hors investissement ; hors fonds de compensation)
Échantillon : 102 MDPH

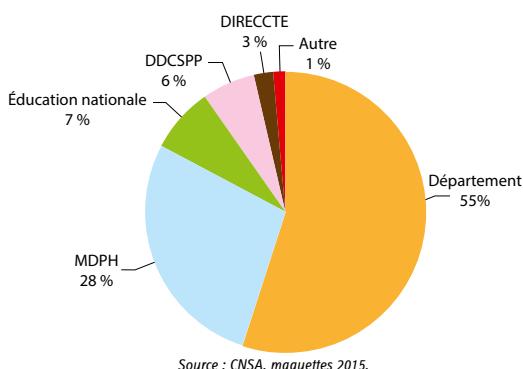


La répartition des postes par employeur, de même que le coût revenant aux membres du GIP est relativement stable dans le temps.

Répartition des valorisations des charges de personnel avant refacturation en 2015

Répartition des postes par employeur (en % du coût) : Qui est l'employeur ?

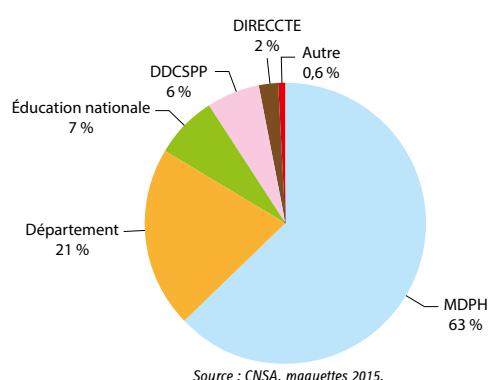
Échantillon : 102 MDPH



Répartition des valorisations des charges de personnel après refacturation en 2015

Qui assure la charge réelle ?

Échantillon : 102 MDPH



Bilan du fonctionnement et de l'activité des MDPH

En 2015, on comptait 5 280 ETP (équivalents temps plein) au sein des 102 MDPH (contre 5 084 sur 101 MDPH en 2014).

La taille des MDPH en termes d'effectifs est variable : 25 % des MDPH ont moins de 31 ETP, 25 % des MDPH ont plus de 67 ETP, 11 MDPH ont plus de 100 ETP (maximum : 182, MDPH du 59), 18 MDPH ont moins de 25 ETP (minimum : 4 ETP, MDPH du 975). La médiane est de 41,3 ETP.

L'année 2015 a permis de mettre en évidence le poids significatif des absences par la différence entre les « effectifs théoriques » (5 637 ETP) et les « effectifs réellement travaillés » (5 280 ETP) : 357 ETP soit 7 % du total des effectifs des MDPH (5,7 % en 2014), du fait d'absences liées aux situations de départs en retraite, de longues maladies, de maternités, de retards de recrutement dans l'année considérée, d'absences non remplacées.

La nature des prestations externalisées est très variée mais concerne principalement les fonctions support (58 % des montants) et l'évaluation

(31 %). Plus de 64 % des externalisations le sont à titre gratuit (69 % en 2014). Ce chiffre est vraisemblablement sous-estimé du fait de valorisations parfois impossibles. Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de 41 millions d'euros environ.

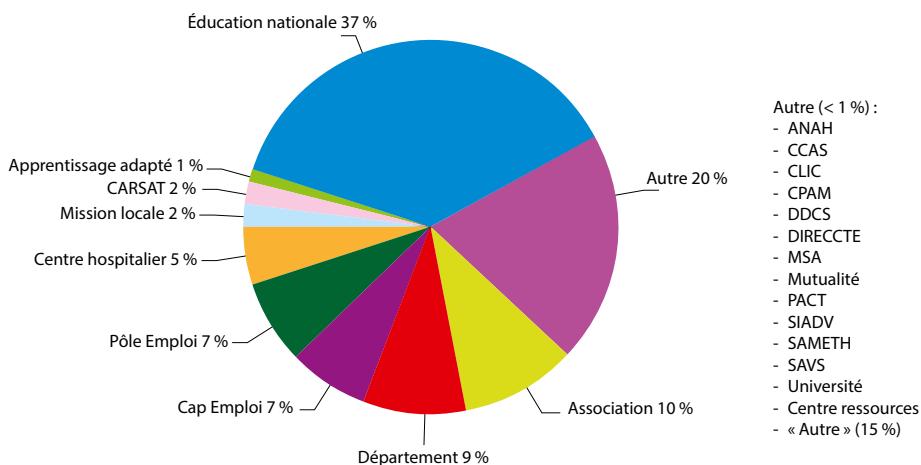
Le recueil 2015 a permis d'approcher la participation des partenaires externes aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) tenues par les MDPH. Cette participation des partenaires est en effet fondamentale pour assurer la qualité des évaluations et représente un nombre conséquent de demi-journées : 54 375 demi-journées à partir des données déclaratives de 99 MDPH.

Le nombre d'enseignants référents en lien avec la MDPH atteint, pour 101 MDPH, 1 725. La très grande majorité des MDPH sont en lien avec moins de 20 enseignants référents.

Participation des partenaires aux réunions des EPE en 2015

(en % du nombre de demi-journées annuelles)

Échantillon : 99 MDPH



4. Les grandes thématiques des MDPH

► La scolarisation des enfants handicapés

Sur l'année scolaire 2015-2016, 278 978 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale : 160 043 dans le premier degré et 118 935 dans le second degré. Depuis 2012, ce sont 24 % d'élèves en situation de handicap supplémentaires qui sont scolarisés en milieu ordinaire.

Les demandes relatives à la scolarisation représentent une part importante des demandes concernant les enfants : en 2015, 17,5 % étaient relatives à l'aide humaine à la scolarisation ; 4,9 % au transport scolaire ; 26,9 % à une orientation en ESMS, y compris scolaire.

L'élaboration du projet personnalisé de scolarisation (PPS) des élèves doit être menée sur la base de l'évaluation des besoins, selon une approche globale et pour laquelle un outil spécifique a été structuré : le GEVA-sco. Outil réglementaire depuis février 2015, il est renseigné par l'équipe éducative pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) pour un réexamen associant la famille. Véritable outil de dialogue entre les différents acteurs concernés par la situation d'un élève handicapé, il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des procédures d'évaluation des situations dans le champ de la scolarité.

► L'emploi

Les demandes liées à l'insertion professionnelle continuent de constituer une activité majeure des MDPH, puisqu'elles représentent plus de la moitié des demandes concernant les adultes. Elles s'organisent en mobilisant notamment le référent insertion professionnelle dont la fonction, du fait de sa double dimension, stratégique au travers de l'animation du partenariat local et plus opérationnelle dans l'accompagnement individuel de personnes vers l'emploi, est souvent portée par plusieurs professionnels au sein d'une même MDPH. L'accès au dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) est souvent considéré comme utile pour compléter la fiche de synthèse, et ainsi avoir un complément d'information en matière de démarches d'insertion professionnelle,

notamment pour l'étude de la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi (RSDAE).

En 2015, la participation de MDPH à l'expérimentation Potentiel Emploi a continué. L'évaluation de l'expérimentation a conduit à son élargissement à vingt-cinq nouvelles MDPH afin d'en préparer la généralisation.

► L'allocation aux adultes handicapées (AAH)

À la suite de la CNH de décembre 2014, le décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'AAH pour les personnes handicapées permet d'étendre de deux à cinq ans la durée maximale d'attribution de l'AAH pour les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % et « qui subissent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

Les effets du décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatifs à la durée d'attribution de l'AAH ne se feront pleinement sentir qu'à partir de 2017.

► La prestation de compensation du handicap (PCH)

En 2015, la croissance des demandes se poursuit : le taux d'évolution annuel est de 8 %.

Le profil des demandes a évolué dans le temps. La part des premières demandes diminue avec l'effet du renouvellement des droits des bénéficiaires dans le dispositif.

En 2015, un peu moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH. Le taux d'accord était plus élevé dans les premières années de la montée en charge de la prestation en raison de la nature du public demandeur : le public des personnes très lourdement handicapées visé par la circulaire du 11 mars 2005 ainsi que les personnes ayant choisi de basculer, au début du dispositif, de l'ACTP (allocation compensatrice de tierce personne) à la PCH.

Depuis 2006, l'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution des MDPH passe également par une meilleure appropriation du cadre réglementaire et des outils de mesure de l'éligibilité à la prestation et par le développement d'outils sur les spécificités de la PCH (guides construits par la CNSA avec les acteurs du terrain).

L'aide humaine représente 50 % des éléments accordés en 2015. C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH. Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 837 € en 2015. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs, ainsi que par les pratiques locales et par les orientations de prise en charge du handicap selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement) et la configuration locale de l'offre.

► Les orientations en établissements et services médico-sociaux

Dans l'ensemble, les demandes d'orientation en établissements et services médico-sociaux connaissent une légère augmentation. Cette progression varie selon le type d'établissements et d'une MDPH à l'autre.

Le partenariat avec les financeurs (département, ARS) se développe à travers des groupes de travail, des rencontres, des échanges entre professionnels. Le partenariat avec les établissements et services médico-sociaux se poursuit et se structure afin d'assurer une veille commune.

Afin d'éviter les ruptures de parcours des jeunes relevant d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), l'expérimentation en « dispositif ITEP » s'est poursuivie en 2015.

► Les cartes

Les cartes, toutes demandes confondues (d'invalidité, de priorité ou carte européenne de stationnement) constituent un volume particulièrement important de l'activité de la MDPH.

Les demandes de cartes de stationnement augmentent, probablement sous l'effet de la loi du 18 mars 2015 attribuant le stationnement gratuit à toute personne détentrice de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées.

Suite à la troisième conférence nationale du handicap (CNH) tenue le 11 décembre 2014, la création d'une carte mobilité inclusion (CMI) remplaçant les cartes de priorité, d'invalidité et européenne de stationnement a été décidée, pour une mise en œuvre effective à partir du 1^{er} juillet 2017.

Conclusion

La synthèse des rapports d'activité 2015 a permis de confirmer les grandes tendances déjà présentes en 2014 : hausse de l'activité, complexité croissante des situations et des demandes, enjeux d'accompagnement des MDPH dans leurs missions et face aux défis nouveaux qui se posent à elle.

Elle met également en lumière deux évolutions importantes. La première tient à l'enjeu d'amélioration de la qualité de service, dont les MDPH se sont saisies. Les travaux conduits sur le référentiel de mission, les outils d'autodiagnostic et encore la mesure de la satisfaction des usagers témoignent d'un engagement fort du réseau et de l'initiation d'une dynamique partagée de long cours.

La seconde concerne la mobilisation des MDPH dans les chantiers nationaux très structurants pour elles : systèmes d'information (en particulier le SI commun des MDPH par harmonisation), évolution des pratiques professionnelles et des organisations, pour intégrer par exemple le nouveau paradigme que constitue « Une réponse accompagnée pour tous ».

Ces chantiers sont conduits dans un calendrier exigeant et sollicitent l'ensemble des MDPH avec l'appui de la CNSA.

Ainsi, la CNSA renouvelle son engagement à accompagner les MDPH et leurs partenaires au plus près de leurs besoins pour s'assurer de la qualité du service rendu aux usagers dans un contexte de fortes évolutions des politiques du handicap et de montée en charge attendue des mesures de simplification décidées en CNH le 11 décembre 2014.

Annexe 6

Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2016

Conventions signées en 2016 au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services d'aide à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes - Délégations de crédits en 2016 aux ARS

Ce tableau rend compte des conventions signées et des délégations de crédits intervenues pendant l'année 2016.

01 – Conventions avec les conseils départementaux				
Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
06 Alpes-Maritimes	3 064 000 €	1 617 500 €	391 000 €	Axe 1 – Modernisation et adaptation des services d'aide à domicile Axe 2 – Formation, professionnalisation et maintien dans l'emploi Axe 3 – Accompagnement des proches aidants Axe 4 – Pilotage, animation et suivi de la convention
09 Ariège	507 000 €	299 400 €	99 800 €	Axe 1 – Formation des professionnels Axe 2 – Soutien aux aidants Axe 3 – Modernisation des SAAD Axe 4 – Prévention des risques professionnels Axe 5 – Pilotage de la convention
11 Aude	1 457 080 €	804 590 €	250 030 €	Axe 1 – Modernisation des services d'aide à domicile Axe 2 – Soutien expérimentation SPASAD Axe 3 – Professionnalisation des acteurs Axe 4 – Soutien et accompagnement des proches aidants Axe 5 – Suivi de la convention
12 Aveyron	814 474 €	410 327 €	111 284 €	Axe 1 – Démarches visant à la modernisation et la qualité des services d'aide à domicile Axe 2 – Formation des proches aidants à l'accompagnement de la perte d'autonomie Axe 3 – Promotion et soutien de l'accueil familial en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées Axe 4 – Accès aux métiers de l'aide au maintien à domicile Axe 5 – Modernisation et simplification de l'emploi direct
2A Corse-du-Sud	773 355 €	412 178 €	41 750 €	Axe 1 – Modernisation des outils de gestion Axe 2 – Action en faveur des aidants Axe 3 – Amélioration de la qualité et de l'équité de traitement au service des personnes âgées et/ou handicapées Axe 4 – Formation et professionnalisation des acteurs Axe 5 – Suivi et pilotage de la convention
23 Creuse	1 871 650 €	967 700 €	51 500 €	Axe 1 – Harmoniser et mettre en cohérence l'offre de services Axe 2 – Développer la qualité de l'offre Axe 3 – Renforcer et structurer la coordination entre les acteurs de l'aide à domicile Axe 4 – Former et qualifier les acteurs du maintien à domicile Axe 5 – Mesure d'accompagnement, animation du programme Axe 6 – Promouvoir l'aide aux aidants
27 Eure	1 514 974 €	786 987 €	158 593 €	Axe 1 – Professionnaliser les acteurs du maintien à domicile Axe 2 – Structurer et moderniser l'offre de service Axe 3 – Repérer et accompagner les proches aidants Axe 4 – Pilotage, animation et suivi de la convention
29 Finistère	525 000 €	298 500 €	56 000 €	Axe 1 – Amélioration de la qualité de l'offre d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile Axe 2 – Aide au démarrage d'actions repérées dans le cadre des schémas « Bien vieillir en Finistère » et « Vivre ensemble » Axe 3 – Assurer la coordination des actions valorisées dans la convention CNSA

Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2016

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
34 Hérault	44 000 €	22 000 €	22 000 €	Axe unique : formation des accueillants familiaux
35 Ille-et-Vilaine	313 382 €	171 691 €	171 691 €	Axe 1 – Accompagner les proches aidants Axe 2 – Soutenir la formation à domicile Axe 3 – Poursuivre la démarche qualité : favoriser les mutualisations Axe 4 – Accompagner la mise en place et la modernisation des outils informatiques Axe 5 – Pilotage, suivi et animation de la convention
38 Isère	2 096 350 €	1 066 775 €	189 200 €	Axe 1 – Faire évoluer l'offre des services pour une meilleure adéquation avec les besoins au profit de la fluidité des parcours Axe 2 – Agir en faveur des proches aidants Axe 3 – Professionnaliser les acteurs du domicile Axe 4 – Moderniser les services d'aide à domicile Axe 5 – Piloter la convention de modernisation et de professionnalisation
40 Landes	1 880 940 €	870 894 €	293 914 €	Axe 1 – Accompagnement des services d'aide à domicile dans la prise en charge des personnes en situation de handicap Axe 2 – Développement des compétences et prévention des risques Axe 3 – Généralisation de la télégestion et passage à la nouvelle génération mobile dans le secteur public Axe 4 – Suivi de la convention
58 Nièvre	417 400 €	238 940 €	79 180 €	Axe 1 – Modernisation des SAD : mise en œuvre de la télégestion Axe 2 – Formation des accueillants Axe 3 – Formation des aidants familiaux Axe 4 – Mutualisation des SAAD : étude de diversification de l'activité des services Axe 5 – Suivi et pilotage de la convention : accompagnement par les agents du CD58
59 Nord	4 481 700 €	2 318 850 €	615 950 €	Axe 1 – Modernisation des structures de l'aide à domicile Axe 2 – Soutenir la professionnalisation des acteurs de l'aide à domicile Axe 3 – Structurer et renforcer le secteur de l'aide à domicile Axe 4 – Développer la qualité de l'offre de service et innover Axe 5 – Soutenir les proches aidants Axe 6 – Assurer la mise en œuvre et le suivi de la convention CNSA
64 Pyrénées-Atlantiques	1 676 000 €	838 000 €	291 750 €	Axe 1 – Professionnalisation de la gestion des services Axe 2 – Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences Axe 3 – Structuration des services Axe 4 – Professionnalisation de l'accueil familial Axe 5 – Soutien aux aidants Axe 6 – Cofinancement d'un poste de chargé de mission pour l'animation, le pilotage et le suivi de la convention
67 Bas-Rhin	122 000 €	70 207 €	70 207 €	Axe 1 – Modernisation des procédures de suivi et de contrôle des services d'aide à domicile Axe 2 – Formation et professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap Axe 3 – Actions d'accompagnement pour les aidants Axe 4 – Pilotage, mise en œuvre et suivi de la convention CNSA
69M Métropole de Lyon	815 400 €	427 750 €	213 875 €	Axe 1 – Structurer l'offre de service à domicile Axe 2 – Moderniser la gestion des services Axe 3 – Faciliter l'accès aux métiers de l'aide à domicile et à la professionnalisation Axe 4 – Accompagner et développer l'accueil familial Axe 5 – Aider et accompagner les aidants Axe 6 – Pilotage, suivi et animation de la convention
75 Paris	59 130 €	28 000 €	28 000 €	Action unique : Accompagner les gestionnaires des services d'aide à domicile dans la démarche de contractualisation.
76 Seine-Maritime	2 355 000 €	1 270 000 €	465 000 €	Axe 1 – Modernisation des services Axe 2 – Professionnalisation du secteur et promotion des métiers de l'autonomie Axe 3 – Structuration de l'offre d'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie Axe 4 – Soutenir les aidants Axe 5 – Professionnaliser les accueillants familiaux Axe 6 – Suivi et pilotage de la convention

6 | ANNEXES

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
83 Var	1 962 000 €	981 100 €	256 300 €	Axe 1 – Mise en place de la télégestion Axe 2 – Création d'une maison destinée aux aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
93 Seine-Saint-Denis	1 735 000 €	992 500 €	312 800 €	Axe 1 – Structuration et adaptation de l'offre de services aux besoins de la population Axe 2 – Développement de la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile et du soin Axe 3 – Soutien aux proches aidants Axe 4 – Soutien aux accueillants familiaux Axe 5 – Pilotage de la convention
974 La Réunion	1 357 080 €	928 128 €	232 976 €	Axe 1 – Accompagner les aidants Axe 2 – Professionnaliser les accueillants familiaux Axe 3 – Moderniser le secteur de l'aide à domicile et renforcer l'effectivité de l'aide Axe 4 – Suivi et pilotage de la convention

02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile et autres organismes

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
EDESS/IDEAL	811 940 €	538 715 €	177 060 €	Axe 1 – Animation du réseau des départements Axe 2 – Observation nationale CESU-Télégestion Axe 3 – Accompagnement technique et fonctionnel à l'implémentation d'ESPPADOM
ADMIR	41 060 328 €	21 597 324 €	4 891 042 €	Axe 1 – Ressources humaines Axe 2 – Démarche qualité et capitalisation Axe 3 – Projets de SPASAD intégrés Axe 4 – Centres de gestion Axe 5 – Système d'information Axe 6 – Suivi et pilotage de la convention
Croix-Rouge	3 499 000 €	1 557 000 €	585 000 €	Axe 1 – Structuration et accompagnement au développement des SPASAD Axe 2 – Prévention des risques professionnels, amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail et professionnalisation des ressources humaines Axe 3 – Modernisation des outils de gestion et des systèmes d'information Axe 4 – Amélioration de la qualité de l'accompagnement Axe 5 – Suivi, pilotage et évaluation du programme d'actions

03 – Conventions relatives à l'accompagnement des proches aidants

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
APF	914 352 €	731 482 €	3 770 €	Axe 1 – Actions de formation Axe 2 – Communication et pilotage
France Alzheimer	4 087 240 €	3 845 792 €	1 197 664 €	Axe 1 – Formation des binômes Axe 2 – Formation des aidants Axe 3 – Groupe de parole Axe 4 – Réalisation et diffusion d'outils pédagogiques Axe 5 – Communication et sensibilisation du grand public Axe 6 – Pilotage et logistique du projet
France Parkinson	675 691 €	540 553 €	193 844 €	Axe 1 – Formation des équipes-ressources Axe 2 – Réalisation de la formation des aidants au niveau local Axe 3 – Diffusion d'informations sur le dispositif et outils d'information, communication et partenariats Axe 4 – Outils pédagogiques et d'évaluation Axe 5 – Suivi, coordination et pilotage de l'action
UNAFAM	588 581 €	470 865 €	470 865 €	Axe 1 – La formation des aidants familiaux Axe 2 – La formation des formateurs de l'Unafam Axe 3 – Les outils pédagogiques et de communication Axe 4 – Étude de faisabilité de la mise en place d'un dispositif de formation à distance

Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2016

04 – Conventions avec les OPCA

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
CNFPT *	45 000 €	45 000 €	45 000 €	Formation des emplois d'avenir, formation des tuteurs
ANFH *	6 496 875 €	5 197 500 €	5 197 500 €	Axe 1 – Actions de qualification Axe 2 – Actions de professionnalisation Axe 3 – Évaluation de la formation ASG
ANFH - Emplois d'avenir *	1 535 000 €	1 535 000 €	1 535 000 €	Formation des emplois d'avenir, formation des tuteurs
UNIFAF *	4 587 500 €	3 670 000 €	3 670 000 €	Axe 1 – Actions de qualification Axe 2 – Actions de professionnalisation
UNIFAF emplois d'avenir *	1 885 000 €	1 885 000 €	1 885 000 €	Formation des emplois d'avenir, formation des tuteurs
UNIFAF – formation des professionnels sur la scolarisation des enfants handicapés	502 000 €	502 000 €	260 000 €	Formation des professionnels sur la scolarisation des enfants handicapés

05 – Délégations de crédits aux ARS

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2016	Description du projet
Formation des aidants 2015	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	Axe 1 – Actions d'information-formation Axe 2 – Actions collectives d'accompagnement des aidants à travers des actions d'information et de soutien
Formation des aidants 2016	1 405 271 €	1 405 271 €	1 405 271 €	Axe 1 – Actions d'information-formation Axe 2 – Actions collectives d'accompagnement des aidants à travers des actions d'information et de soutien
Formation des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA (neuf ARS)	592 649 €	592 649 €	592 649 €	Formation spécifique ayant pour objet de permettre aux intervenants de SAAD de savoir repérer les indices de risques de perte d'autonomie des personnes accompagnées à leur domicile, et transmettre chaque fois que nécessaire les informations pertinentes aux membres de la coordination clinique de proximité (CCP), et en particulier au médecin traitant
Formation des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA (treize ARS)	1 447 213 €	1 447 213 €	1 447 213 €	Formation spécifique ayant pour objet de permettre aux intervenants de SAAD de savoir repérer les indices de risques de perte d'autonomie des personnes accompagnées à leur domicile, et transmettre chaque fois que nécessaire les informations pertinentes aux membres de la coordination clinique de proximité (CCP), et en particulier au médecin traitant
Mission d'appui /audit SAAD (trois ARS)	90 000 €	90 000 €	90 000 €	Répartition de crédits en vue de la réalisation de missions d'appui sur la situation des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans les territoires départementaux de Corrèze, de la Somme et de Meurthe-et-Moselle

(*) Convention ou avenir lié à un accord-cadre applicable pour la seule année 2016.

Subventions versées en 2016 au titre de la section IV du budget de la CNSA

Ce tableau rend compte des montants versés en 2016 au titre des conventions en cours d'exécution et/ou échues en 2016. Ces montants correspondent au solde des subventions au titre de l'exercice antérieur et à l'acompte au titre de l'exercice 2016. Le versement des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'un bilan d'exécution par le partenaire.

01 – Conventions avec les conseils départementaux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2016
02 – Aisne	30/09/2013	971 665 €	132 649 €
03 – Allier	16/12/2013	723 525 €	154 929 €
06 – Alpes-Maritimes	16/07/2012	1 530 000 €	211 500 €
06 – Alpes-Maritimes	01/12/2016	1 617 500 €	195 500 €
07 – Ardèche	30/03/2015	302 488 €	69 981 €
09 – Ariège	12/12/2016	299 400 €	49 900 €
11 – Aude	13/11/2016	804 590 €	125 015 €
12 – Aveyron	20/12/2016	410 327 €	55 642 €
17 – Charente-Maritime	13/06/2014	362 500 €	152 456 €
20A – Corse-du-Sud	12/12/2016	412 178 €	20 875 €
22 – Côtes-d'Armor	26/03/2015	296 500 €	8 515 €
23 – Creuse	27/09/2012	516 487 €	18 805 €
25 – Doubs	28/08/2015	1 193 418 €	242 511 €
26 – Drôme	30/09/2013	1 277 683 €	265 690 €
27 – Eure	21/12/2012	742 938 €	37 798 €
27 – Eure	05/09/2016	786 987 €	79 296 €
29 – Finistère	24/05/2016	298 500 €	28 000 €
31 – Haute-Garonne	29/04/2014	1 199 997 €	350 943 €
32 – Gers	24/12/2013	436 899 €	239 755 €
33 – Gironde	12/07/2013	2 132 600 €	469 051 €
34 – Hérault	12/12/2016	22 000 €	11 000 €
35 – Ille-et-Vilaine	25/10/2016	171 691 €	85 846 €
40 – Landes	18/12/2015	870 894 €	235 131 €
41 – Loir-et-Cher	29/09/2014	952 879 €	375 379 €
42 – Loire	23/07/2014	289 280 €	58 977 €
56 – Morbihan	26/11/2012	421 634 €	37 895 €
58 – Nièvre	17/06/2016	238 940 €	39 590 €
59 – Nord	05/09/2016	2 318 850 €	307 975 €
60 – Oise	19/12/2013	1 205 200 €	426 218 €
64 – Pyrénées-Atlantiques	13/09/2011	1 093 500 €	140 605 €
64 – Pyrénées-Atlantiques	15/03/2016	838 000 €	145 875 €
66 – Pyrénées-Orientales	04/11/2014	450 000 €	31 850 €
67 – Bas-Rhin	31/12/2015	36 000 €	18 000 €
69 – Rhône	01/04/2014	1 078 740 €	155 160 €
71 – Saône-et-Loire	20/10/2015	600 000 €	67 983 €
75 – Paris	02/10/2012	2 265 000 €	847 603 €
75 – Paris	4/11/2016	28 000 €	14 000 €
76 – Seine-Maritime	24/05/2016	1 270 000 €	232 500 €
77 – Seine-et-Marne	31/12/2015	881 132 €	142 250 €
78 – Yvelines	01/07/2015	2 483 490 €	844 229 €
83 – Var	19/09/2016	981 100 €	128 150 €
84 – Vaucluse	22/05/2014	810 340 €	221 120 €
91 – Essonne	26/11/2012	1 127 564 €	161 643 €
93 – Seine-Saint-Denis	20/12/2016	992 500 €	156 400 €
94 – Val-de-Marne	31/12/2013	3 602 802 €	909 260 €
972 – Martinique	30/09/2013	133 035 €	50 550 €
974 – La Réunion	12/09/2016	928 128 €	116 488 €
TOTAL		42 406 880 €	8 870 486 €

Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2016

02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile

Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2016
ADESSA	12/03/15	7 365 458 €	535 837 €
ADMR	19/12/13	7 905 663 €	368 303 €
ADMR	01/08/16	21 597 324 €	2 445 521 €
TOUTADOM	28/05/13	480 588 €	87 246 €
Croix-Rouge française	10/06/16	1 557 000 €	292 500 €
Réseau Idéal	05/04/16	185 915 €	29 730 €
EDESS	05/04/16	352 800 €	58 800 €
ADHAP	06/12/10	3 680 437 €	236 441 €
HANDEO	12/12/14	1 199 838 €	542 371 €
DOMIDOM Services	19/03/13	667 578 €	329 143 €
UNA	27/11/14	23 254 889 €	6 119 796 €
UNCCAS	26/11/14	558 180 €	116 715 €
FEDESAP	19/06/15	3 530 000 €	1 278 450 €
FEPEM	02/08/13	682 428 €	732 705 €
TOTAL		73 018 098 €	13 173 557 €

03 – Conventions relatives à la formation des aidants familiaux

Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2016
AFA	12/11/14	971 667 €	188 336 €
FNAF-CFO-SFP-SNLF	27/11/14	1 384 311 €	181 734 €
France Parkinson	19/03/14	493 004 €	90 356 €
France Parkinson	01/06/16	540 553 €	96 922 €
UNAFAM	10/02/13	612 287 €	94 207 €
UNAFAM	07/09/16	470 865 €	235 433 €
ANCRA (autisme)	27/08/13	1 523 935 €	641 973 €
APF	12/12/16	731 482 €	1 885 €
France Alzheimer	12/04/16	3 845 792 €	598 832 €
France Alzheimer	13/04/15	888 540 €	281 447 €
TOTAL		11 462 435 €	2 411 124 €

04 – Conventions avec les OPCA

Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2016
ANFH *	21/05/15	5 197 500 €	2 463 033 €
ANFH- Emplois d'avenir *	18/11/15	2 519 290 €	2 101 583 €
ANFH *	20/09/16	5 197 500 €	1 559 250 €
ANFH- Emplois d'avenir *	22/11/16	1 535 000 €	460 500 €
UNIFAF *	23/06/14	3 670 000 €	1 982 544 €
UNIFAF – formation des professionnels sur la scolarisation des enfants handicapés	18/12/15	502 000 €	52 320 €
UNIFAF *	16/12/16	3 670 000 €	1 101 000 €
OPCA PL / ACTALIANS *	05/05/15	2 420 500 €	1 046 100 €
CNFPT *	05/05/15	750 000 €	739 137 €
CNFPT – Emplois d'avenir *	03/12/14	210 600 €	18 544 €
Uniformation	12/10/12	42 000 000 €	608 124 €
TOTAL		67 672 390 €	12 132 135 €

05 – Délégations de crédits aux ARS

Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2016
Formation des aidants 2015	18/12/15	1 000 000 €	1 000 000 €
Formation des aidants 2016	16/12/16	1 405 271 €	405 271 €
Formations des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA (neuf ARS)	18/12/15	592 649 €	592 649 €
Formations des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA (treize ARS)	16/12/16	1 447 213 €	1 447 213 €
Mission d'appui /audit SAAD (trois ARS)	01/06/16	90 000 €	90 000 €
TOTAL		4 535 133 €	3 535 133 €

(*) Convention ou avenant applicable pour une seule année.

Annexe 7

Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2016

Projets d'études et de recherche et actions innovantes (5 072 546 €)

Études et actions innovantes		
Population	Porteur du projet	Projet
Personnes âgées	Association nationale des coordinateurs et coordinations locales (ANCCLIC)	État des lieux des CLIC
Personnes âgées	GEROND'IF	Robots sociaux et expérimentations en gériatrie (ROSIE)
Personnes âgées	Les Petits Frères des pauvres	Colocation à responsabilité partagée
Personnes âgées	Union régionale des centres sociaux et socioculturels des Pays de la Loire (URCSXPDL)	I-CARE
Personnes handicapées	Advocacy France	De la disqualification à la prise de parole en santé mentale
Personnes handicapées	Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)	Guidance parentale et handicap à Mayotte : un enjeu majeur dans un contexte spécifique
Personnes handicapées	Astérya	Les connecteurs citoyens
Personnes handicapées	Collectif Contrast et Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes (CFHE), convention portée par le CNRS Rhône Auvergne	Accompagner la citoyenneté des personnes handicapées
Personnes handicapées	Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) PACA et Corse	Géographie de la population handicapée (avantage à une convention de 2014)
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Orphanet
Personnes handicapées	Maison des jeunes et de la culture de Lorraine	Reconnaissance de travailleur handicapé
Personnes handicapées	Plateforme de recherche santé mentale et handicap psychique (PRSM-HP)	Plateforme de recherche sur la santé mentale et le handicap psychique
Personnes handicapées	Université de Caen	Bilan sur les nouvelles approches et prises en charge des paralysies cérébrales
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)	« What Works Centres » au Royaume-Uni : quels enseignements pour la France ?
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association des paralysés de France (APF)	Développer le conseil expert en nouvelles technologies
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (ARSLA)	Mixiton, ou le plaisir de la table retrouvée
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Conseil départemental du Gard	Expérimentation du design social
Personnes âgées/ Personnes handicapées	HANDEO	Label Cap'Handeo
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation (INC)	Guide sur l'incontinence
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation (INC)	Aides techniques : quelles assurances choisir ?

Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2016

Résumé	Budget
Réalisation, par le biais d'un questionnaire, d'un état des lieux d'activités assurant un service d'information (CLIC ou autres dénominations)	5 000 €
Expérimentation et analyse de l'impact des robots sociaux en gériatrie	191 800 €
Évaluation du dispositif de colocation pour sept personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer	33 905 €
Étude d'impact de l'action des centres sociaux et socioculturels sur la prévention de la perte d'autonomie	85 000 €
Recherche sur les conditions de prise en compte de la parole des personnes handicapées psychiques par les décideurs publics / Phase n° 2 expansion – cinq sites	80 000 €
Élaboration d'un dispositif expérimental de guidance parentale afin de construire des actions pour les parents d'enfants handicapés à Mayotte	80 000 €
Accompagnement de personnes handicapées fréquentant les établissements sociaux et médico-sociaux partenaires qui souhaitent s'engager dans des projets solidaires	42 000 €
Mise en forums de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées	162 238 €
Estimation des populations et adéquation avec l'offre des établissements et services	24 355 €
Portail de partage des connaissances sur les situations de handicap liées aux maladies rares (poursuite du développement)	288 600 €
Réalisation et diffusion d'un outil pédagogique audiovisuel sur la problématique de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	17 000 €
Expérimentation d'une plateforme de recherche sur la santé mentale et le handicap psychique (PRSM-HP) ayant pour mission de promouvoir, faciliter et soutenir, la mise en œuvre et la valorisation de projets de recherche	150 000 €
Étude sur les nouvelles méthodes d'accompagnement et d'intervention collectifs pour enfants cérébro-lésés visant l'aide à la décision des financeurs	80 000 €
Étude sur la transférabilité en France des « <i>What Works Centres</i> » (WWC) britanniques	40 000 €
Étude d'opportunité de la faisabilité d'une nouvelle offre de service du centre d'expertise et de ressources – nouvelles technologies et communication (C-RNT), service de conseil expert personnalisé pour des professionnels et des personnes concernées	154 000 €
Développement d'une application web/mobile de recettes mixées	25 000 €
Expérimentation du design social pour renforcer ou faciliter l'usage des services et prestations dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées	80 000 €
Création et déploiement d'un label pour améliorer la qualité des services associés à la délivrance d'une aide technique pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées	200 000 €
Réalisation d'un guide sur l'incontinence à destination des personnes incontinentes, des aidants et du personnel médical	9 480 €
Étude sur les garanties d'assurances affinitaires proposées lors de l'achat ou de la location de deux types d'aides techniques	41 510 €

7 | ANNEXES

Appel à projets actions innovantes 2016 – Accès aux loisirs choisis

Population	Porteur du projet	Projet
Personnes âgées	Aide à domicile en milieu rural (ADMR) Vendée	Développer le lien social par les loisirs
Personnes âgées	Groupement national des animateurs en gérontologie (GAG)	Réseaux locaux et ressources territoriales
Personnes handicapées	Association dispositif d'accompagnement du handicap vers les loisirs intégrés et réguliers (DAHLIR)	Régionalisation DALHIR HANDICAP
Personnes handicapées	ADAPEI du Doubs	Des personnes handicapées intellectuelles auteures de leurs temps libres – Un service départemental coordonné
Personnes handicapées	Association départementale pour l'insertion des sourds (ADIS)	InclUsher
Personnes handicapées	Association des paralysés de France de Moselle	SARLAB
Personnes handicapées	Association Les Papillons blancs d'Hazebrouck	Réseau EFFICACE
Personnes handicapées	Association Musique et situations du handicap	Dispositif d'inclusion artistique
Personnes handicapées	Croix-Rouge française	Culturez-Nous !
Personnes handicapées	Fédération des aveugles de France	Les loisirs, ça nous regarde aussi !
Personnes handicapées	Fédération générale des PEP (FGPEP)	Pour des loisirs choisis pour tous – Analyse et expérimentation de plateformes territoriales
Personnes handicapées	Groupement d'entraide mutuelle de la Lozère	Cité-Cap
Personnes handicapées	Service d'accueil de jour de l'Association des paralysés de France de Grenoble	Favoriser le transfert de compétence
Personnes handicapées	Théâtre du Cristal	Réseau pérenne d'accessibilité culturelle
Personnes handicapées	Unis-Cité	Famille en harmonie

Soutien à la recherche

Population	Partenaire	Session
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets de recherche IRESP « Handicap et perte d'autonomie - session 7 »

Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2016

Résumé	Budget
Organisation, à partir des souhaits des personnes âgées ou en situation de handicap accompagnées par l'ADMR Vendée, d'actions collectives de loisirs en s'appuyant sur les ressources des bénévoles	26 400 €
Projet de plateforme Web, complétant le site www.culture-a-vie.com déjà existant, pour développer des réseaux locaux d'animateurs intervenant auprès des personnes âgées et faciliter l'échange de pratiques et le prêt de ressources ou de matériel	51 108 €
Dispositif d'accompagnement du handicap vers les loisirs intégrés et réguliers (DAHLIR) permettant l'accès des personnes en situation de handicap à l'offre sportive, l'accueil de loisir et l'offre culturelle grâce à un accompagnement par un référent handicap sur le territoire concerné	100 000 €
Évaluation du dispositif existant « Service loisirs culture et vacances (SLCV) » à Besançon pour l'expérimenter dans l'ensemble du département et mettre en place un « Service départemental temps libre »	95 592 €
Création d'un réseau national de bénévoles dans les associations de sourds pour ouvrir ces associations aux sourds Usher et ainsi permettre à ces derniers de sortir de chez eux, de se rencontrer et de pratiquer des activités rendues accessibles par les bénévoles	120 000 €
Recherche-action devant fournir une meilleure compréhension des besoins de loisirs des personnes en situation de handicap et répondre à ces besoins par le développement d'activités inclusives	63 000 €
Extension de la palette des activités proposées par la « plateforme d'activités itinérante », culturelles, sportives et sociales mise en place par le réseau EFFICACE en répondant aux souhaits exprimés par les personnes	58 261 €
Conception et expérimentation d'un nouveau dispositif institutionnel public : « Dispositif d'inclusion artistique (DIA) », destiné à proposer une pratique artistique individuelle ou collective de proximité à toute personne en situation de handicap demandeuse, quels que soient la nature et le degré de son handicap	55 013 €
Création des conditions de l'accès aux loisirs et à la culture de toute personne en situation de handicap par une réponse d'accompagnement personnalisée <i>via</i> une plateforme virtuelle de mise en relation avec un bénévole autour de centres d'intérêts partagés	120 000 €
Réalisation d'un état des lieux des pratiques et des besoins des personnes déficientes visuelles puis expérimentation de nouvelles activités de loisirs au sein de trois territoires (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre et Occitanie) en répondant aux souhaits de personnes déficientes visuelles (jeunes, adultes, à domicile, en institut)	82 000 €
Analyse croisée (aspirations des personnes concernées, leur famille / pratiques de professionnels) en vue d'obtenir puis expérimenter un modèle de plateforme d'accompagnement global intégrée au territoire à même de favoriser l'expression des attentes et aspirations des personnes handicapées en matière de loisirs et d'intervenir sur les environnements d'accueil	80 000 €
Dispositif expérimental d'accompagnement individualisé des personnes handicapées (tout handicap, tout âge, vivant à domicile ou en établissement) vers les activités sportives, culturelles et de loisirs de leur choix, dans le milieu ordinaire sur le territoire de la Lozère	120 000 €
Formation-action destinée aux professionnels du service et à quelques usagers pour identifier les facteurs d'amélioration de l'accès aux activités de loisirs, suivi d'un travail de valorisation et de communication <i>via</i> différents outils pédagogiques notamment réalisés à partir de films d'activités de loisirs réussies entre personnes valides et personnes handicapées	74 000 €
Évaluation du travail réalisé dans le Val-d'Oise par le réseau d'accès à la culture pour les personnes handicapées prises en charge par des ESMS puis prolongement de la démarche pour construire un réseau pérenne d'accessibilité culturelle	97 500 €
Visites hebdomadaires de personnes en situation de handicap, à domicile, par des binômes de volontaires en service civique – la démarche, expérimentée depuis 2015 dans plusieurs territoires, sera renforcée et déployée	120 000 €
Projets retenus	Budget
Régine Scelles : Inclusion des enfants : focus sur les relations entre pairs pour les enfants en situation de handicap (6 mois-6 ans)	478 982 €
Eric Breton : Incapacité et perte d'autonomie des personnes âgées dans les départements d'outre-mer – un enjeu de politique sociale	
Françoise Riou : Handicap et perte d'autonomie chez les personnes sans domicile : exploitation secondaire des données de l'enquête HYTEAC	
Lionel Perrier : Modélisation de l'aide informelle : approches économiques et applications au dispositif innovant d'accompagnement et de répit des aidants de la métropole de Lyon	
Anne Boissel : La vie au quotidien des personnes en état végétatif chronique (EVC) ou en état pauci-relationnel (EPR) à domicile	

7 | ANNEXES

Population	Partenaire	Session
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Appel à projets de recherche IRESP « Autisme – session 2 »
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets de recherche 2016
Personnes handicapées	Fondation maladies rares	Appel à projets de recherche maladies rares – session 4
Personnes âgées/ Personnes handicapées	École des hautes études en santé publique (EHESP)	Contrat de recherche
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Groupement d'intérêt public de l'institut des données de santé (GIP IDS)	
Colloques		
Population	Porteur du projet	Projet
Personnes âgées	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Colloque
Personnes handicapées	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP)	Colloque
Personnes handicapées	Association des Asperger Nord-Pas-de-Calais (l'Ass des As)	Colloque
Personnes handicapées	AUTISME France	Colloque
Personnes handicapées	Fédération des aveugles de France	Colloque
Personnes handicapées	Fédération des établissements médico-sociaux de réadaptation professionnelle (FAGERH)	Colloque
Personnes handicapées	Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (FISAF)	Colloque
Personnes handicapées	Fédération nationale des sourds de France (FNSF)	Colloque
Personnes handicapées	HANDEO	Colloque
Personnes handicapées	Institut d'enseignement supérieur et de recherche Handicap et besoins éducatifs particuliers (INS HEA)	Colloque international
Personnes handicapées	Institut d'enseignement supérieur et de recherche Handicap et besoins éducatifs particuliers (INS HEA)	Colloque international
Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur les aides techniques sur le handicap (IFRATH)	Colloque
Personnes handicapées	Nous Aussi	Colloque
Personnes handicapées	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)	Colloque
Personnes handicapées	Université de Bordeaux	Colloque
Personnes handicapées	Université de Rouen	Colloque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	L'Arche en France	Colloque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association de sauvegarde de l'enfant à l'adulte de la Nièvre (ADSEAN)	Colloque
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Fondation pour l'université de Lyon	Colloque international
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH)	Colloque

Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2016

Projets retenus	Budget
Olivier Bonnot : Évaluation écologique transversale et pluri-hebdomadaire par application Smartphone des symptômes observés chez des enfants avec autisme et de la qualité de vie des parents sur une durée de six mois	264 606 €
Richard Delorme : Programme d'accompagnement durant la grossesse des mères ayant déjà eu un enfant atteint de troubles du spectre de l'autisme (TSA) et soutien à la relation précoce mère-bébé	
Marie-Hélène Plumet : Évolution des enfants avec troubles du spectre de l'autisme scolarisés dans des unités d'enseignement en maternelle : suivi développemental sur trois ans	
Vincent Gauthier : Détection et prévention des chutes par capteurs de profondeur et thermique bas coût (PRuDENCE)	300 000 €
Mehdi Boukallel : Surveillance, assistance et services <i>ad hoc</i> pour les personnes souffrant de troubles cognitifs post-AVC (Memento)	
Franck Bonneain : Cohorte prospective multicentrique Bourgogne & Franche-Comté (ICE)	
Hélène Amieva : Prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée des troubles du comportement dans la dégénérescence lobaire fronto-temporale	140 750 €
Caroline Desombre : Élèves touchés par l'hémophilie et autres maladies hémorragiques familiales : comment rétablir l'égalité des chances à l'école ?	
Collaboration en vue de la réalisation d'un programme de recherche ayant pour objet l'observation et l'analyse de l'offre des établissements et services médico-sociaux du champ du handicap et de la perte d'autonomie au regard de l'évolution des besoins des personnes	649 880 €
Participation en tant que membre du GIP	26 204 €

Résumé	Budget
« Séminaire du groupement de recherche (GDR) Longévité et Vieillissements 2016 »	4 420 €
« Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, des handicaps évitables »	2 500 €
« Aspie days »	7 000 €
« Autisme : on ne lâchera rien »	22 000 €
« Les entretiens des aveugles »	12 000 €
« Troubles cognitifs, troubles de la relation et projet professionnel »	15 000 €
« 38 ^e colloque national – Entrer en résonances : familles, usagers, professionnels, pour un mieux faire ensemble à tous les âges de la vie »	5 000 €
« Assises nationales de l'inclusion professionnelle »	7 000 €
« Ni domestique, ni super-héros »	5 000 €
« Handicap, inclusion et accessibilité »	2 800 €
« VII ^e colloque international du réseau OPHRIS : Observatoire des pratiques sur le handicap : recherche et intervention scolaire »	2 700 €
« La recherche au service de la qualité de vie et de l'autonomie »	5 000 €
« 7 ^e congrès national »	5 000 €
« Maladie et/ou handicaps psychiques : pour une meilleure prise en charge »	5 000 €
« Premières assises internationales de la recherche sur l'aide »	3 000 €
« Décloisonner le suivi et le soin des personnes en situation de handicap et/ou atteintes de pathologies chroniques – les parcours de vie coordonnés »	5 700 €
« Liberté, égalité, fragilité : revisiter la fraternité »	12 000 €
« Action publique, associative et citoyenne : quelles nouvelles solidarités ? Quelles nouvelles coopérations ? »	18 241 €
« Rencontres francophones sur le répit »	10 000 €
Journée scientifique : « Maintien des personnes à domicile : télérééducation, téléréadaptation et e-Santé »	10 000 €

