

Rapport d'activité 2009

(voté par le Conseil de la CNSA du 30 mars 2010)



sommaire

1^{ère} partie : Gouvernance et prospective

- Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel
 - Composition du Conseil
 - Composition du Conseil scientifique (*issu de l'arrêté du 15 mars 2010*)
 - Organigramme du personnel
 - Les relais territoriaux de l'action de la CNSA
- Autonomie, santé et territoires : quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ?**

2^{ème} partie : Exécution du budget

chapitre 1 : Le budget exécuté 2009 section par section

chapitre 2 : Les principales caractéristiques du budget 2009 : « la CNSA face à la crise financière »

- 2.1. Une baisse des recettes propres de la CNSA au détriment des budgets des conseils généraux
- 2.2. La participation au plan de relance de l'économie
- 2.3. OGD 2009 et 2010 : une contribution à l'effort de maîtrise du déficit de la sécurité sociale
- 2.4. Des placements financiers relativement épargnés en 2009

Encadré :Vers la certification des comptes

Lancement de la démarche de contrôle interne
Nouveau logiciel comptable et financier

Encadrés :

- Budget exécuté 2009
- Répartition des dépenses par section budgétaire (graphique)
- Les opérations du plan de relance (carte)
- Taux de couverture PCA et APA par département (cartes)

Encadré « focus » : l'équipe de la CNSA

3^e partie : Activité

Chapitre 1 : Gouvernance de l'aide à l'autonomie – *Participer aux évolutions institutionnelles*

1.1. Participation à la conception et à la mise en œuvre des réformes dans le champ de la santé

Le pilotage de la réforme

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

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

1.2. Des relations renouvelées avec les conseils généraux

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

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

1.3. De nouveaux partenaires intervenant dans le champ médico-social

Un partenariat renforcé avec l'ANESM

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

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

1.4. Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 : un bilan au service d'une nouvelle dynamique

Encadré :

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

« Encadré focus » : Une nouvelle gouvernance pour la politique du handicap au niveau national

Chapitre 2 : Plans nationaux de santé publique – *Ancrer l'autonomie au cœur de la démarche de santé*

2.1. L'aide à l'autonomie au cœur des plans de santé publique

2.2. La CNSA mobilisée par sept plans nationaux

Le plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Le plan Autisme 2008-2010

Le plan Cancer II (2009-2013)

Le plan national IST-VIH 2010-2013

La préparation du plan Maladies rares

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

Chapitre 3 : Les établissements et services médico-sociaux – *Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre*

3.1. Optimiser l'allocation budgétaire

Les premiers effets de l'accélération des créations de places nouvelles
L'accompagnement du processus de médicalisation
Les constats et les suites de la mission IGAS-IGF

3.2. Affiner la programmation prévisionnelle des besoins de certaines populations spécifiques

Programmation et réalisations 2009 : une confirmation des tendances
Schéma national handicaps rares
Des études sectorielles en appui à la programmation

3.3. Soutenir l'installation des établissements et services

Aide à l'investissement : un programme 2009 diversifié en fonction des objectifs des politiques publiques
Métiers : appuyer la professionnalisation des personnels

3.4. Approfondir la connaissance des coûts en établissements et services

Des travaux techniques en appui à la mise en œuvre ou à l'évolution des règles de tarification
Une nouvelle mission légale d'observation des coûts

Encadrés :

La médicalisation des EHPAD : un long chemin parcouru... et à parcourir
Suivi des dépenses de l'OGD de 2006 à 2009
Vote, engagement et versement des crédits : des délais de création de places à l'origine d'excédents
Bilan de la campagne 2009

« *Encadré focus* » : Handicap rare : la définition d'une réalité très diverse

Chapitre 4 : Maisons départementales des personnes handicapées – *Accompagner les missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes*

4.1. Appui à l'organisation et au fonctionnement des MDPH

Un travail d'animation quotidien
Un soutien financier accru confirmé aux MDPH
Système d'information : de la définition des données à l'informatisation
L'organisation territoriale des MDPH : vers un accueil personnes âgées-personnes handicapées
L'implication des usagers dans le fonctionnement des MDPH

4.2. Évaluation : de l'expertise à l'accompagnement des équipes

Évaluation : de l'expertise à l'accompagnement des équipes

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

Appropriation du GEVA : bilan et plan d'action

4.3. Vers des préconisations affinées en matière d'emploi et de logement

Emploi

Logement

4.4. L'implication des équipes des MDPH dans la conception de réformes de la PCH

Encadrés :

Douze journées d'échanges pour faire émerger des bonnes pratiques

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

Encadré focus : Les spécificités de l'évaluation pour les situations de handicap d'origine psychique - *Les enseignements de l'étude conduite par le CEDIAS pour la CNSA – mars 2009*

Chapitre 5 : Aides techniques et aides humaines –

Renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accompagnement

5.1. Appuyer la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile

Des conventions avec les départements

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

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

5.2. Un investissement croissant en matière d'aide aux aidants familiaux

La formation des aidants familiaux : nouvelle mission de la CNSA

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

5.3. Favoriser l'accès à des aides techniques toujours plus innovantes

Éclairer les prix des aides techniques

Structurer le réseau d'information et de conseil

Lancement des centres d'expertise technique

Soutenir le développement de solutions innovantes

Encadrés :

Montée en puissance du conventionnement avec les conseils généraux (graphique)

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

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

Chapitre 6 : Système d'information et recherche – *Approfondir et diffuser la connaissance sur l'aide à l'autonomie*

6.1. Investissement dans les outils de connaissance des besoins et de l'offre

Les grands instruments de recherche
Le partage des informations recueillies par les MDPH
L'urbanisation du système d'information sur les établissements et services médico-sociaux
Les perspectives de système d'information sur les services à domicile

6.2. Structuration de la recherche

L'organisation de colloques scientifiques
Le soutien à la recherche apporté avec la Mission recherche de la DREES
La mobilisation des disciplines économiques

6.3. Valorisation et diffusion de la connaissance

Favoriser l'appropriation des résultats
Plus de visibilité pour mieux communiquer

Encadrés :

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

« *Encadré focus* » : Mieux cerner les besoins de compensation des enfants handicapés

Les faits marquants 2009

Premières rencontres scientifiques « Évaluer pour accompagner » (12 février)

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

Lancement de l'expérimentation des MAIA dans le cadre du plan Alzheimer (février)

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

Contribution de la CNSA au plan de relance (mars)

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

Baisse des concours aux conseils généraux du fait de la crise financière (mars)

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

Procédure d'appel à projets : la CNSA conduit le projet pilote (avril 2009-janvier 2010)

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

Formation des aidants familiaux : extension des compétences de la CNSA (21 juillet)

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

Mission IGAS-IGF sur les excédents de la CNSA (avril-septembre)

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

Finalisation et publication du schéma handicaps rares (octobre)

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

Renouvellement du Conseil de la CNSA (octobre)

Les membres du Conseil des collèges représentant les associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées ainsi que les trois personnes qualifiées ont été renouvelés en 2009 ; parmi celles-ci, Monsieur Idrac a été élu

président par le Conseil le 20 octobre. Madame Dujay-Blaret et Monsieur Barbier ont été renouvelés dans leurs postes de vice-président.

Bilan de la Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA 2006-2009 (novembre)

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

Première partie :
Gouvernance et prospective

Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La CNSA, un établissement public national au service de l'autonomie

La CNSA, établissement public administratif, a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Elle a vu ses missions complétées par la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ses missions sont les suivantes :

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

Composition du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (au 30 mars 2010)

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

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

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

Jean-Marie Barbier (Association des paralysés de France), avec pour suppléant **Vincent Assante** (Coordination handicap et autonomie).

Jean Canneva (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), avec pour suppléant **Henri Faivre** (Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés).

Régis Devoldere (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis), avec pour suppléante **Marie-Christine Cazals** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens).

Christophe Duguet (Association française contre les myopathies), avec pour suppléant **Philippe Chazal** (Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes).

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

Françoise Quérue (Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif), avec pour suppléant **Arnaud de Broca** (Fédération nationale des accidentés de la vie).

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

Pascal Champvert (Association des directeurs au service des personnes âgées), avec pour suppléant **Didier Sapy** (Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées).

Janine Dujay-Blaret (Fédération nationale des aînés ruraux), avec pour suppléant **Sylvain Denis** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités).

M. **André Flageul** (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles), avec pour suppléant M. **Thierry D'Aboville** (association d'aide à domicile en milieu rural).

Benoît Jayez (Union confédérale des retraités - Force ouvrière), avec pour suppléante **Marie Rozet** (Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat).

Guy Le Rochais (association France Alzheimer), avec pour suppléant **Jean de Gaullier** (ADESSA A DOMCILE-Fédération nationale).

Jean-Marie Vetel (Syndicat national de gérontologie clinique), avec pour suppléant **Charley Baltzer** (Fédération nationale d'associations d'aide et de services à domicile).

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

Bernard Cazeau, sénateur, président du Conseil général de la Dordogne

Suppléante : **Gisèle Stievenard**, vice-présidente du Conseil de Paris

Yves Daudigny, président du Conseil général de l'Aisne

Suppléant : **Jean-Yves Gouttebel**, président du Conseil général du Puy de Dôme

Jean-Noël Cardoux, vice-président du Conseil général du Loiret

Suppléant : **Emmanuel Hoarau**, vice-président du Conseil général de La Réunion

Jean-Marie Rolland, président du Conseil général de l'Yonne

Suppléant : **Bruno Belin**, vice-président du Conseil général de la Vienne

Gérard Roche, président du Conseil général de Haute-Loire

Suppléant : **Jean-Louis Lorrain**, vice-président du Conseil général du Haut Rhin

Jean-Louis Tourenne, président du Conseil général d'Ille et Vilaine

Suppléant : **Michel Boutant**, président du Conseil général de la Charente

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

Daniel Edelin, Confédération générale du travail

Suppléante : **Solange Fasoli**, Confédération générale du travail

Yves Verollet, Confédération française démocratique du travail

Suppléante : **Anne-Marie Brisbois**, Confédération française démocratique du travail

Jean-Marc Bilquez, Confédération générale du travail - Force ouvrière

Suppléant : **Paul Virey**, Confédération générale du travail - Force ouvrière

Thierry Gayot, Confédération française des travailleurs chrétiens

Suppléant : **Jean-Pierre Samurot**, Confédération française des travailleurs chrétiens

Danièle Karniewicz, présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres

Suppléante : **Dominique Jeoffre**, Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres

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

Dominique Lery, Mouvement des entreprises de France

Suppléante : **Agnès Canarelli**, Fédération française des sociétés d'assurance

Henri Lesaule, Confédération générale des petites et moyennes entreprises

Suppléant : **Patrice Combarieu**, Confédération générale des petites et moyennes entreprises

Roselyne Lecoultre, Union professionnelle artisanale

Suppléant : **Marcel Lesca**, Union professionnelle artisanale

Dix représentants de l'État

Fabrice Heyriès, directeur général de la cohésion sociale

Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale

Philippe Josse, directeur du budget

Jean-Michel Blanquer, directeur de l'enseignement scolaire

Bertrand Martinot, délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle

Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins
Pr Didier Houssin, directeur général de la santé
Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales
Éric Jalon, directeur général des collectivités locales
Thierry Dieuleveux, secrétaire général du comité interministériel du handicap

Parlementaires

Jean-François Chossy, député de la Loire
André Lardeux, sénateur de Maine et Loire

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

Michelle Dange, Fédération nationale de la mutualité française
Suppléante : **Isabelle Millet**, Fédération nationale de la mutualité française

Alain Villez, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
Suppléant : **Johan Priou**, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Christian Möller, Fédération hospitalière de France
Suppléante : **René Caillet**, Fédération hospitalière de France

Yves-Jean Dupuis, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
Suppléante : **Marine Darnault**, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

Gérard Pelhate, Mutualité sociale agricole
Suppléant : **Jean-François Belliard**, Mutualité sociale agricole

Jean-Alain Margarit, Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
Suppléante : **Florence Arnaiz-Maume**, Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

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

Trois personnalités qualifiées

Hélène Gisserot, procureure générale honoraire auprès de la Cour des comptes
Francis Idrac, préfet, inspecteur général des finances (*président du Conseil de la CNSA*)
Jean-Marie Schléret, ancien président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Composition du Conseil scientifique

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

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

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

 - ▶ Jean-Yves Barreyre, sociologue, directeur du CEDIAS (Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale) et de la délégation ANCREAI Île de France

 - ▶ Anne Caron-Deglise, magistrat chargé de la protection des majeurs à la Cour d'appel de Paris

 - ▶ Philippe Denormandie, chirurgien-orthopédiste, PU-PH, Hôpital Raymond-Poincaré à Garches, groupe Korian

 - ▶ Jean-Jacques Detraux, professeur à l'université de Liège, responsable de l'unité de psychologie et de pédagogie de la personne handicapée au département des sciences cognitives à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Liège

 - ▶ Alain Franco, gériatre au CHU de Nice, président d'honneur de la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontologie (SFTAG), président du Centre national de référence santé à domicile et autonomie

 - ▶ Alain Grand, médecin PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie - épidémiologie et sociologie du vieillissement - Toulouse

 - ▶ Marie-Eve Joël, professeur en sciences économiques à Paris Dauphine, directrice du LEGOS, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé - **présidente du Conseil scientifique**

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

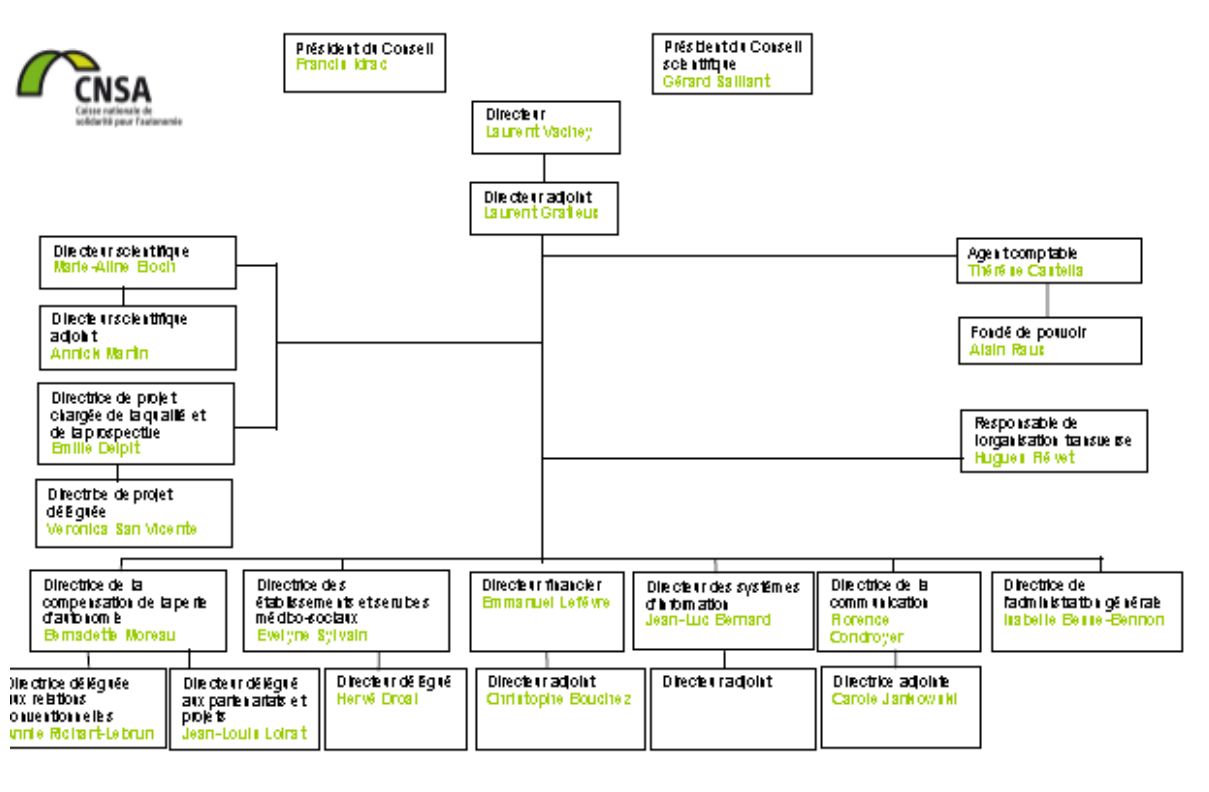
 - ▶ Jean-François Ravaud, médecin, directeur de recherche INSERM - épidémiologie sociale - directeur de l'IFR 25-RFRH (Réseau fédératif de recherche sur le handicap) - CERMES - **vice-président du Conseil scientifique**

 - ▶ Jean-Marie Robine, économiste à l'INSERM, démographie et santé, président du Comité UIESP longévité et santé
- MEMBRES REPRÉSENTANT UN MINISTÈRE OU UN ORGANISME :
- ▶ Bernard Bioulac, médecin PU-PH, directeur scientifique adjoint auprès de la direction générale du CNRS, directeur de l'Institut de neurosciences de Bordeaux représentant le CNRS

 - ▶ Emmanuelle Cambois, démographe, représentant l'INED

- ▶ Pascale Dorenlot, représentant l'ANESM
- ▶ (en cours de nomination), représentant le ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche
- ▶ Régis Gonthier, édecin PU-PH, médecine interne et gériatrie - faculté de médecine de Saint Étienne représentant la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
- ▶ Antoine Magnier, directeur de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) représentant le ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
- ▶ (en cours de nomination) pour le ministère de l'Éducation nationale
- ▶ Ronan Mahieu, représentant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES - ministère de la Santé)
- ▶ Xavier Niel, représentant l'INSEE (ministère de l'Économie)
- ▶ Jacques Pelissier, représentant la SOFMER, chef du service de médecine physique et de réadaptation (CHU de Nîmes)
- ▶ Isabelle Ville, représentant l'INSERM, psychosociologue

L'équipe de la CNSA



Fin 2008, le plafond d'emploi de la CNSA a été augmenté de 6 ETP, passant de 90 à 96 pour les besoins de la mise en place du plan Alzheimer (Cf. 3^e partie - chapitre 2). 78 personnes étaient recrutées sous contrat de droit privé relevant de la convention UCANSS (dont 7 CDD au 31 décembre 2009), les autres étaient des agents de la fonction publique.

L'équipe de la CNSA est très féminisée (près de 63%).

La moyenne d'âge était de 43,41 ans pour les hommes et 39,44 ans pour les femmes.

L'effectif moyen mensuel a progressé de 8,7% de 2008 à 2009.

La CNSA a accueilli cette année 19 stagiaires au sein des directions métiers et support. Deux apprentis, entrés à l'effectif en 2008, sont sortis en 2009.

Elle emploie 4 travailleurs reconnus handicapés.

Les relais territoriaux de l'action de la CNSA

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

C'est vrai **des services de l'État, DRASS et DDASS** jusqu'en 2009, qui sont le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux, mais aussi leur tarification dans le cadre des moyens que la CNSA administre au plan national – l'objectif global de dépenses, fixé sur la base de l'ONDAM médico-social voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et des apports de la CNSA sur ses ressources propres, soit 15,4 Md€ en 2009 - et leur délègue. Ce sont aussi les DDASS et les DRASS qui organisent la répartition des aides à l'investissement de la CNSA - 330 M€ en 2009 - et servent de relais de terrain pour les actions de prévention du plan Bien vieillir ou les appels à projets comme ceux relatifs à « l'aide aux aidants » des personnes en situation de perte d'autonomie.

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

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

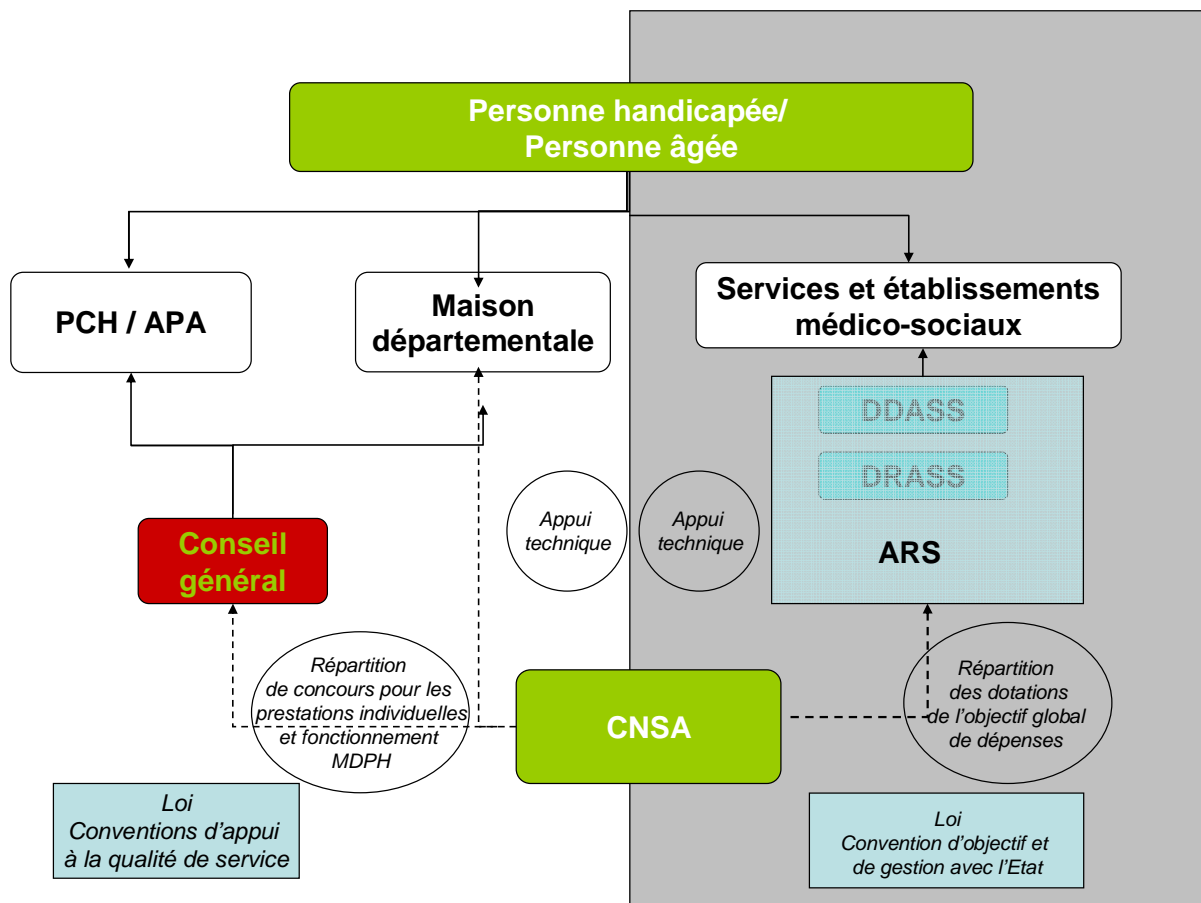
Les deux prestations de base que représentent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA : 5,08 Md€ en 2009¹ France entière) et la prestation de compensation du handicap (PCH : 848,35 M€ en 2009¹) donnent lieu à un concours national versé par la CNSA aux départements : ce concours couvre, pour 2009, en moyenne 30% de la dépense pour ce qui

¹ Chiffres définitifs connus en avril 2010

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

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

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



Autonomie, santé et territoires : quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ?

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

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

Les propositions émises alors sur la compensation de la perte d'autonomie, avec une réponse individualisée mais qui ne soit pas dépendante des circonstances ni de l'âge de la personne concernée (la « *convergence sans confusion* »), gardent toute leur pertinence, dans la perspective du débat que le Gouvernement annonce à la suite de celui sur les retraites. Le Conseil de la CNSA a d'ailleurs prévu d'approfondir d'ici à l'été 2010 ses réflexions de 2007, en particulier sur les convergences des réponses et sur les critères de la péréquation nationale issue de l'instauration de la journée nationale de solidarité.

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

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

- la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé (« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité* ») porte en elle-même la nécessité d'une prise en compte conjointe et cohérente du champ sanitaire et du champ social ;
- la distinction d'un champ médico-social, en quelque sorte intermédiaire entre le sanitaire et le social est une spécificité française, la plupart des autres pays ne distinguant que ces deux dernières notions. Cette particularité française fait émerger des questions de frontière et de cohérence, que se posent aussi les autres pays, entre sanitaire et social, avec des réponses parfois mieux articulées;
- le secteur médico-social s'est largement construit, en particulier à partir des années 1960, par autonomisation par rapport au champ sanitaire hospitalier (qu'il s'agisse des personnes âgées, des personnes handicapées ou de la protection de l'enfance), parce que les réponses aux besoins des personnes sont apparues devoir être différentes de la logique « d'hospice », qui avait prévalu historiquement ;
- l'organisation administrative française a toujours recherché la meilleure articulation entre social, médico-social et sanitaire : création des directions départementales (puis régionales) de l'action sanitaire et sociale en 1964 par rapprochement des services

du ministère de la Santé, des préfetures et de la santé scolaire ; émergence de pôles dédiés à l'offre sanitaire hospitalière avec les agences régionales de l'hospitalisation en 1996; démarches législatives largement parallèles et superposées (par exemple, de façon récente, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi de santé publique du 9 août 2004²). Ce balancement entre regroupement et spécialisation se retrouve également dans les portefeuilles ministériels où, pour ne parler que de la situation récente, santé et solidarité ont été unifiées à plusieurs reprises dans un même ministère (dernièrement, de 2004 à 2007), ou scindées depuis ;

- l'unification d'approche de la situation des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie, principe fondateur de la CNSA, ne se traduit pas encore dans la législation, ni systématiquement dans l'organisation administrative d'État et ministérielle ;
- les étapes successives de la décentralisation se sont traduites par des compétences élargies des collectivités locales, principalement des conseils généraux, dans le champ social et médico-social, les dernières étapes étant la responsabilité qui leur a été confiée vis-à-vis des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2004 et des MDPH en 2005. Leur association à l'organisation des réponses sanitaires et médico-sociales est indispensable, en tenant compte de leurs propres réflexions, par exemple les projets de transformation des MDPH en maisons de l'autonomie ;
- des expériences successives ont déjà essayé, avec des réussites inégales, de rapprocher la prise en compte des besoins sanitaires et sociaux - par exemple, les secteurs psychiatriques en 1970, les réseaux ville hôpital pour le VIH en 1991 (puis la toxicomanie, l'hépatite C, les réseaux de soins...), auxquelles s'ajoute le travail en commun à l'initiative des acteurs eux-mêmes ;
- la volonté d'unification du champ sanitaire et du médico-social avec la création des agences régionales de santé aboutit donc à une séparation institutionnelle d'avec le champ social proprement dit, désormais structuré, pour ce qui est de l'État territorial³, au sein des directions de la cohésion sociale. Au niveau de l'administration centrale, la Direction générale de la cohésion sociale conserve la compétence sur le champ médico-social et social, alors que deux directions relevant d'un autre ministère - la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins - couvrent le sanitaire et que la Direction de la sécurité sociale a été rattachée au ministère des Comptes publics.

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

Si le Conseil a exprimé, à l'occasion du rapport 2008, un avis de principe positif sur l'inclusion du médico-social dans le champ des ARS, avec les avantages à en attendre en termes de cohérence des parcours et d'efficacité des moyens, il a aussi tenu à rappeler les inquiétudes de beaucoup d'acteurs du médico-social qui craignent que la spécificité du

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

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

secteur soit insuffisamment présente et reconnue dans la nouvelle organisation qui se met en place.

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

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

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

1. La spécificité du champ médico-social doit être pleinement reconnue

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

Au-delà du texte de la loi et des précisions attendues des décrets d'application, il faut donner toute sa place à **la spécificité de l'accompagnement et de la prise en charge de la personne en situation de perte d'autonomie par rapport à la personne malade** - même si la perte d'autonomie peut elle-même résulter d'une maladie, et que les réponses sanitaire et médico-sociale sont très souvent complémentaires (cf. 2.).

Le projet de vie

- **Le projet de vie** est d'abord au cœur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes

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

Un accompagnement diversifié dans la durée

- La perte d'autonomie implique la nécessité d'une aide aux gestes de la vie quotidienne, plus ou moins importante selon le handicap, l'environnement et les moments. Cette aide aux gestes de la vie quotidienne peut mobiliser des aides humaines familiales, bénévoles et/ou professionnelles, des aides techniques, animalières, nécessiter des aménagements adaptés du cadre de vie⁴. Il s'agit donc presque systématiquement **d'un accompagnement dans la durée**, souvent tout au long de la vie (la perte d'autonomie temporaire, suite à un accident, relève des mêmes types de besoin, mais s'inscrit dans la continuité du risque de santé, et doit être prise en compte dans ce cadre). Il faut donc organiser et combiner les éléments permettant cette aide aux gestes de la vie quotidienne dans la durée, en s'adaptant aux circonstances d'un parcours individuel : évolution de l'état de la personne, moments de la vie sociale. Dans certaines situations, notamment de handicap ou consécutives à une maladie invalidante, cet accompagnement dans la durée devra combiner des éléments sanitaires plus ou moins réguliers et d'aide aux gestes de la vie quotidienne : il n'y a donc pas de frontière étanche entre le sanitaire (« *to cure* ») et le médico-social (« *to care* »), pas plus qu'entre ces deux champs et le social⁵, mais un risque dominant à un moment donné, qui doit intégrer les dimensions complémentaires.

Des réponses individualisées fondées sur une évaluation globale

- Même si la réponse sanitaire est individualisée et le sera sans doute de plus en plus en fonction de paramètres biologiques individuels, elle reste souvent relativement standardisée : à une pathologie correspond un protocole de prise en charge, peu dépendant de la personne et de ses besoins individuels⁶. Une prise en charge dans la durée n'en existe pas moins pour un nombre important de pathologies chroniques, ce qui constitue un facteur de

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

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

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

rapprochement entre les deux secteurs, d'autant que la prise en charge d'une pathologie chronique demande elle aussi une attention particulière à l'environnement social et familial du patient. Pour sa part, **la réponse médico-sociale nécessite systématiquement une individualisation** face à une situation de perte d'autonomie, du fait du contexte de vie de la personne, fondée sur l'évaluation globale des besoins de la personne : pour une même situation de perte de capacité de mobilité, la réponse sera dépendante du moment de la vie sociale (scolarité, travail, domicile, établissement...) et de l'environnement de la personne. De ce fait, la réponse apportée par la solidarité nationale doit s'inscrire entre la logique de la sécurité sociale (une même couverture pour tous) et la logique de l'action sociale (une prise en charge facultative).

Des réponses évolutives et coordonnées

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

Conforter l'accompagnement et le soutien familial

- **L'accompagnement et le soutien familial**, le plus souvent bénévoles, existent aussi, bien sûr, dans le champ sanitaire. Mais l'accompagnement médico-social demande d'accorder une importance particulière aux aidants familiaux et non professionnels. Ils sont dans beaucoup de situations l'aide la plus importante : la DREES⁷ a estimé entre 5 heures 30 et 8 heures le soutien quotidien apporté par les aidants familiaux à leurs proches en situation de perte d'autonomie. L'importance de cette implication nécessite la prise en compte de leur expertise : du fait de la permanence de leur présence, ils développent un savoir-faire et une capacité d'alerte, sinon de diagnostic, que les aidants professionnels doivent considérer, en complémentarité de leurs propres savoirs. Les réponses apportées doivent prendre en compte aussi les besoins des aidants familiaux, pour leur éviter l'épuisement et leur permettre de faire face à la situation à laquelle ils sont confrontés : cela passe par du

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

soutien psychologique, de la formation adaptée et individualisée, des solutions de répit accessibles (pratiquement et financièrement) pour les familles⁸... qui doivent être coordonnés avec les réponses aux besoins de la personne en perte d'autonomie.

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

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

2. L'articulation du sanitaire et du médico-social doit être structurée

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

Mobiliser tous les acteurs de l'accès aux soins courants

Réciproquement, certaines structures médico-sociales devront voir renforcés leurs moyens d'action dans le domaine du soin et les structures de santé devront pouvoir mieux prendre en compte les difficultés particulières d'accès des personnes en situation de perte d'autonomie. Les personnes en situation de handicap ont des difficultés spécifiques d'accès aux soins courants, non liées au handicap, comme l'a montré l'audition publique des 22 et 23 octobre 2008 organisée par la Haute autorité de santé (HAS). Organisées pour traduire concrètement sur ce point le droit à l'égalité de traitement et à la citoyenneté des personnes handicapées posé par la loi du 11 février 2005, les conclusions de cette audition soulignent que « *L'élimination des obstacles constatés passe par une mobilisation de la société dans*

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

son ensemble ». Elle préconise notamment de consolider dans leur rôle d'acteur les personnes en situation de handicap, de développer l'offre de formation tant initiale que continue pour les professionnels de santé afin d'améliorer leur connaissance des problématiques du champ du handicap, et d'amplifier la mise en place de formules d'accompagnement individualisé au sein du système de santé.

Du risque dominant à l'accompagnement global

Pour optimiser la réponse aux besoins des personnes, il est sans doute nécessaire de privilégier **une approche par « risque dominant »** où la prise en charge des besoins de santé s'intègre dans une approche globale de la personne pour laquelle la perte d'autonomie est prédominante (et *a contrario* pour les moments où la réponse sanitaire est première dans le besoin de la personne). Ainsi, les réponses doivent s'organiser à partir du risque sanitaire pour un malade du cancer en phase aiguë, à partir du risque de perte d'autonomie pour les personnes âgées concernées par cette situation, ou à partir du risque social pour un sans-domicile-fixe. Mais, dans chacun de ces exemples, la qualité des réponses exigera cependant une vision globale des besoins, et la capacité d'articuler, à un moment donné, réponse sanitaire et réponse médico-sociale ou sociale. Ce besoin de transversalité interpelle aussi bien les professionnels - comment sortir d'une posture technique pour intégrer les besoins qui ne sont pas du champ de sa technicité propre ? - que les institutions - comment dépasser les frontières de compétence ou de mode de financement des prises en charge ? - mais la qualité de la réponse aux besoins des personnes en dépend, ainsi que l'efficacité du système de prise en charge.

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

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

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

Le Conseil souhaite donc que les agences régionales de santé (ARS), par une analyse transversale des besoins et des facteurs de blocage comme par leur capacité de décision rassemblée dans la même main, assurent une réorientation de l'offre sanitaire

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

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

- **Les personnes âgées**

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

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

- **Les jeunes enfants**

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

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

Le même besoin d'articulation existe pour ce qui est de **la psychiatrie et du handicap psychique**⁹ où la théorie (le rôle du secteur, la désinstitutionnalisation, la prise en charge sociale, la place de l'entourage) a souvent de la peine à se traduire dans la réalité. La reconversion hospitalière ne peut se concevoir comme une réduction de capacités sous la contrainte financière, sans évaluer en même temps les moyens qui doivent être mis en œuvre pour que les situations qui ne sont plus prises en charge au long cours en hôpital psychiatrique trouvent une solution à l'extérieur. Et la dimension particulière de la maladie mentale, qui peut toujours connaître des phases successives de stabilisation et de crise, rend particulièrement essentielle la bonne articulation des moyens, souvent en urgence. C'est un domaine où les ARS auront tout particulièrement besoin de coordonner leur action tant sanitaire que médico-sociale avec les politiques sociales : logement, emploi, revenu minimum, etc.

- **Les personnes atteintes de maladies chroniques**

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

De ce fait, les situations de handicap consécutives à un problème de santé seront elles aussi plus nombreuses, comme l'ont déjà mis en lumière certains plans de santé publique (accidents vasculaires cérébraux, cancer...). Les institutions sanitaires devront ainsi être en mesure d'anticiper le besoin médico-social à venir dès la phase aiguë du traitement de la pathologie, si l'on veut éviter une prolongation inutile des séjours ou des sorties mal préparées ; comme les établissements et services médico-sociaux devront savoir organiser le recours à une prise en charge sanitaire¹⁰. Cela appelle encore une réflexion sur la coordination des interventions des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, autour de la personne ; réflexion qui doit inclure le plus tôt possible une dimension préventive des conséquences de la maladie via l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, partagée entre tous les acteurs. Les institutions médico-sociales, notamment les MDPH, devront se mettre en situation de répondre aux demandes de compensation de la perte d'autonomie d'une population, quel que soit son âge, qui ne sera pas la plus traditionnelle du handicap.

Le rôle des collectivités locales

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

Si les collectivités locales conduisent déjà des interventions dans le champ sanitaire – protection maternelle et infantile (PMI), par exemple -, ce rôle est relativement limité. Ce n'est pas le cas dans le champ médico-social, largement partagé avec les départements

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

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

et avec certaines municipalités, notamment les plus grandes, là où les CCAS et CIAS ont un rôle important. La loi HPST, avec la place qu'elle reconnaît aux représentants des collectivités locales dans les instances des ARS par la création d'une commission de coordination médico-sociale, a reconnu l'importance de cette articulation, notamment au niveau des programmations. Ainsi, la mise en pratique de cette coordination des programmations sera une condition indispensable à la mise en œuvre des appels à projets toutes les fois que les établissements et services sont cotarifés. Cette coordination devra trouver aussi son application dans la détermination des territoires de santé¹¹ par l'ARS qui, pour le Conseil de la CNSA, devra trouver sa cohérence avec les départements et les territoires d'action définis par leurs propres schémas d'action sociale.

La logique de la solidarité nationale

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

Le Conseil souhaite que le débat annoncé sur la perte d'autonomie soit l'occasion de renouveler ces questions, en privilégiant la cohérence de réponses de progrès social. Il rappelle notamment que, dans le champ médico-social, les réponses apportées à des situations identiques de perte d'autonomie ne trouvent toujours pas la même réponse, en fonction de la « barrière d'âge » des 60 ans. Il souligne aussi que le choix qui a été fait de confier aux conseils généraux une part importante de l'organisation et du financement des réponses aux besoins des personnes âgées et handicapées exige que les concours nationaux apportés par la CNSA soient répartis de la façon la plus équitable et suffisants pour que certains départements ne soient pas conduits, sous la contrainte financière, à fragiliser l'accès aux droits à compensation de la perte d'autonomie.

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

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

bonne articulation et aux décloisonnements à l'œuvre dans les régions entre les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales.

Deuxième partie :
Exécution du budget

chapitre 1 :

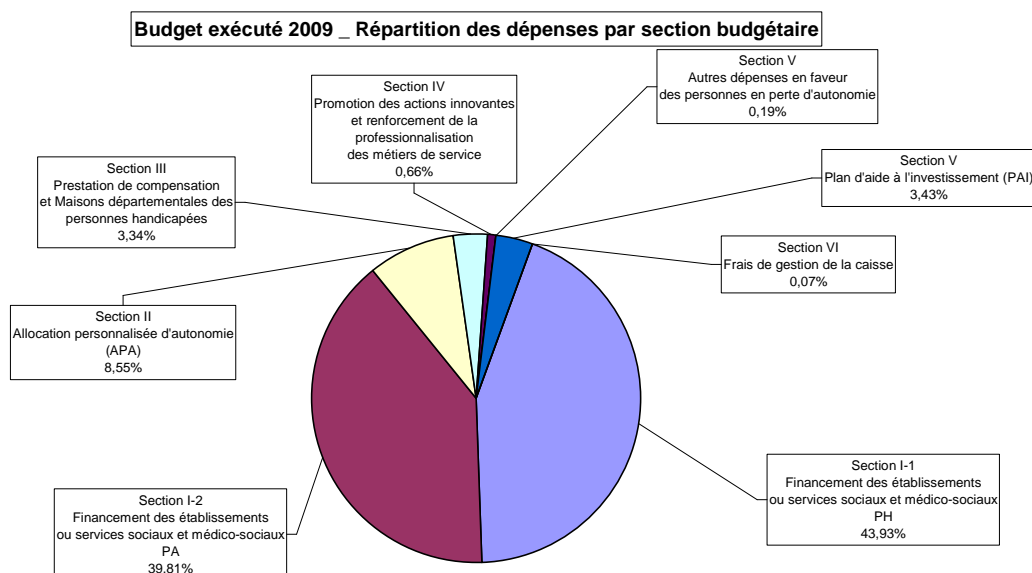
Le budget exécuté 2009 section par section

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

Les ressources de la CNSA proviennent principalement de deux origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), votés dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale ; et des ressources propres constituées par la Contribution solidarité pour l'autonomie (CSA - la « journée de solidarité » instaurée par la loi du 30 juin 2004) et une fraction (0,1%) de la contribution sociale généralisée (CSG). Les premiers constituent 79% des produits de 2009 et les ressources propres 18,6% (le solde provenant de ressources diverses, versements de l'assurance vieillesse, produits de trésorerie et mobilisation de provisions).

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la Caisse en six sections distinctes. Les cinq premières sections retracent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA ; la sixième est consacrée aux dépenses de gestion de la Caisse. Trois sections sont subdivisées en sous-sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées).

La loi précise également les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles.



La description de l'exécution du budget 2009, section par section, est complétée, dans le deuxième chapitre de cette partie, par une présentation des principaux impacts de la conjoncture économique et financière et la façon dont le budget de la CNSA a pu contribuer aux réponses apportées par le Gouvernement à cette situation difficile.

Le budget 2009 a été fixé en octobre 2008 à 18 331 M€, en croissance de 10,3% par rapport au budget exécuté 2008. Il a fait l'objet d'une modification le 31 mars 2009 permettant notamment de tenir compte de la révision des prévisions de recettes. Il se clôt à 18 126 M€. Les chiffres ci-dessous sont issus de la clôture des comptes¹².

Section I

Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux

(15 172 M€ en 2009, soit 83,7% du budget de la Caisse)

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

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

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées

(7 919,2 M€, soit une croissance de 3,1% par rapport à l'exécution 2008).

Les ressources de cette sous-section consistent :

- en une fraction du produit de la Contribution de solidarité pour l'autonomie, comprise entre 10% et 14%. Pour 2009, cette part a été maintenue à 14%, comme en 2008 soit 308,9 M€ ;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 7 727M€ (montant fixé par arrêté du 20 mars 2009).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 8010 M€, dont 283 M€ (3,5%) de contribution de la CNSA.

¹² Le budget exécuté 2009 a été approuvé par le Conseil du 30 mars par 53 voix, le GR31 [composé des associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service], les organisations syndicales représentant les salariés et certains conseils généraux ne prenant pas part au vote. Une majorité des membres du Conseil a par ailleurs exprimé le vœu suivant : « il ne peut être accepté que les crédits issus de la suppression du jour férié et de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) soient distraits des objectifs fixés initialement au service des personnes âgées et des personnes handicapées ». Ce vœu a été adopté.

Outre le financement des établissements et services pour personnes handicapées, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques : l'abondement d'un fonds de concours de l'État au titre des groupes d'entraide mutuelle (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 24 M€, ainsi que le cofinancement, pour 0,7 M€, de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007, et un prélèvement au profit de la section IV-2 (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,9 M€.

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

La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (7 252,3 M€, en progression de 19,4% par rapport à l'exécuté 2008).

Les ressources de cette sous-section proviennent :

- d'une fraction de 40% du produit de la Contribution de solidarité pour l'autonomie, soit 882,4 M€ ;
- de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 6 417M€, montant initialement fixé par l'arrêté interministériel du 20 mars 2009, ramené à 6 267 M€, soit 150 M€ de moins, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (*cf. chapitre 2 de cette parti - paragraphe 2.3*).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes âgées s'établit à 7 592 M€, dont 1 175 M€ (15,5%) de contribution de la CNSA (montant fixé par arrêté du 20 mars 2009).

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

Cette sous-section dégage en 2009 un déficit de 132,7 M€, alors que la sous-consommation de l'OGD personnes âgées constatée est de 340 M€.

Le résultat 2009 de la section I s'établit à – 63,4 M€, alors même que l'OGD est sous-consommé à hauteur de 431 M€ (contre 509 M€ en 2008), la construction initiale du budget de la section I ayant été prévue en déficit financé par appel aux réserves, à hauteur de 262 M€. Cette sous-consommation s'explique elle-même par des évolutions contrastées sur les deux sous-sections :

- une nette diminution de la sous-consommation de l'OGD personnes âgées, qui passe de 539 M€ (8,2% de l'OGD) en 2008 à 339 M€ (4,5% de l'OGD) en 2009 ;
- le passage d'une surconsommation de l'OGD personnes handicapées en 2008 (+ 30 M€) à une sous-consommation de 91 M€ en 2009 (1,1% de l'OGD), ce renversement apparent de tendance s'expliquant par un fort réajustement à la baisse (– 147 M€) des provisions constituées en fin d'exercice par les régimes d'assurance maladie¹³ du fait d'une surestimation des provisions comptabilisées en 2008. Abstraction faite de cette écriture comptable, la tendance d'un dépassement de l'objectif de l'OGD personnes handicapées se confirme en 2009.

¹³ Ces provisions correspondent à l'estimation des facturations des prix de journée dus par l'assurance maladie au titre de l'année en cours et non encore reçues ou liquidées par les caisses.

Section II

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

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1 564,2 M€, soit une diminution de 4,6% par rapport à l'exécution 2008.

Il est constitué de :

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

Le montant du concours APA résultant des ressources affectées s'élève à 1 548,2 M€, compte tenu du financement sur cette section du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées : 10 137 €), mis à la charge de la CNSA en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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

Section III

Les concours au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) versés aux départements

Cette section bénéficie de ressources à hauteur de 611,8 M€, en recul de 3,6% par rapport à 2008, qui se répartissent ainsi :

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

En plus du concours PCH de 509,7 M€, la section III assume également le financement :

- du concours versé aux départements, au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, fixé par le Conseil du 31 mars 2009 à 60 M€ ;
- du remboursement à la CNAF de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour parent isolé d'enfant handicapé (article L.541-4 du CASF), à hauteur de 22,8 M€ ;
- du congé de soutien familial en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Aucune dépense relative aux personnes handicapées n'a été constatée en 2009.

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

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

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

Section IV

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

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

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

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

Les dépenses sont prévues à hauteur des ressources disponibles.
Au final, la section IV dégage un excédent de 50,1 M€.

Section V

Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie

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

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

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

Par ailleurs, la CNSA peut, sur les fonds propres résultant des excédents réalisés antérieurement, financer de l'investissement immobilier pour la création ou la modernisation des établissements et services ainsi que des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants. À ce titre, en 2009, a été décidé un plan d'aide à l'investissement de 330 M€ notifié à hauteur de 326 M€ (99%), dont 228,8 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées et 97,2 M€ en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

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

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

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

Section VI

Les frais de gestion de la Caisse

Les crédits affectés à cette section (17,1 M€, soit 0,09% du budget total de la Caisse) sont prélevés, en application des dispositions de l'article L.14-10-5, sur les sections I à IV.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (10,5%), les dépenses de fonctionnement courant (19,8%), les dépenses de personnel (49,4%) et les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (20,3%).

Principaux crédits gérés par la CNSA (en €)

Budget exécuté 2009 – Conseil du 30 mars 2010

RESSOURCES



EMPLOIS



chapitre 2 :

Les principales caractéristiques du budget 2009 : « la CNSA face à la crise financière »

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

2.1. Une baisse des recettes propres de la CNSA au détriment des budgets des conseils généraux

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

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

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

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

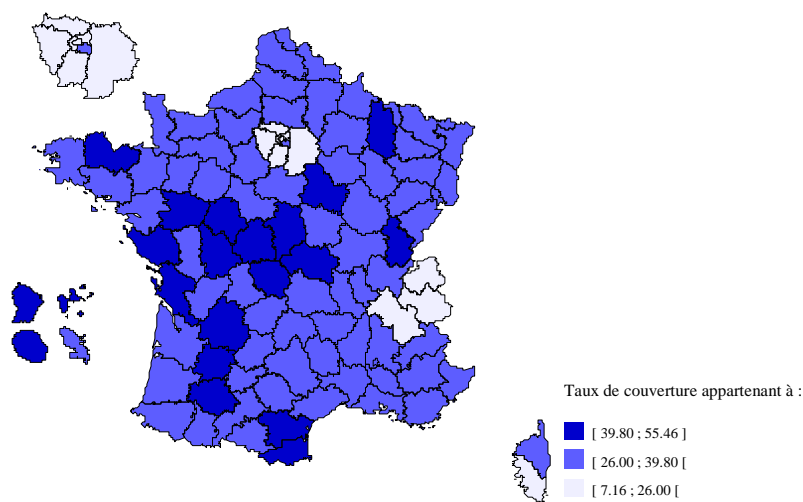
Après avoir de nouveau été réduites de 71 M€ (- 2,1%) en octobre 2009 dans le cadre des hypothèses de la commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2009, elles s'établissent finalement à 3 305 M€, soit un niveau de recettes propres sensiblement inférieur à celui de 2008 (- 3,3%).

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

- bien que se ralentissant par rapport à 2008 (+6,6%), le rythme de croissance des dépenses d'APA se maintient encore à des niveaux élevés (entre 5 et 5,5%, pour une prévision de dépenses dépassant certainement 5,1 milliards d'euros¹³ Le taux de couverture moyen reculerait d'un peu plus de 2 points pour s'établir à environ 30% ;

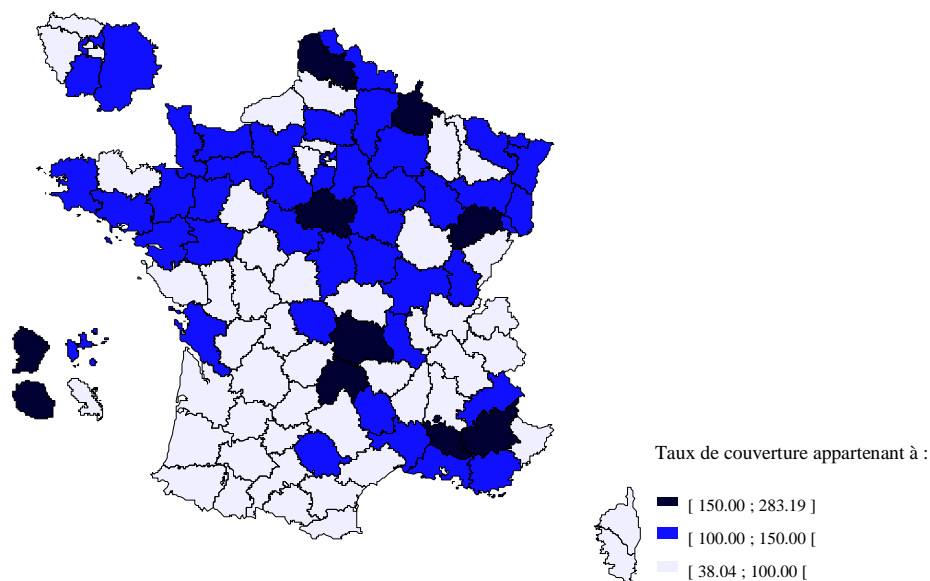
- le taux de progression des dépenses de PCH serait de près de 45% en 2009 ; les dépenses devraient dépasser pour la première fois le montant du concours de la CNSA pour atteindre 825 M€¹⁴, le taux de couverture moyen tombant à 61%.
Pour les deux prestations, les situations départementales sont très contrastées (cf. Cartes ci-après).

Carte 1. Taux de couverture APA (Concours/Dépenses), en %, année 2008.



¹³ Les données définitives seront disponibles en avril 2010.

Carte 2. Taux de couverture de la PCH (Concours/Dépenses), en %, année 2008.



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

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

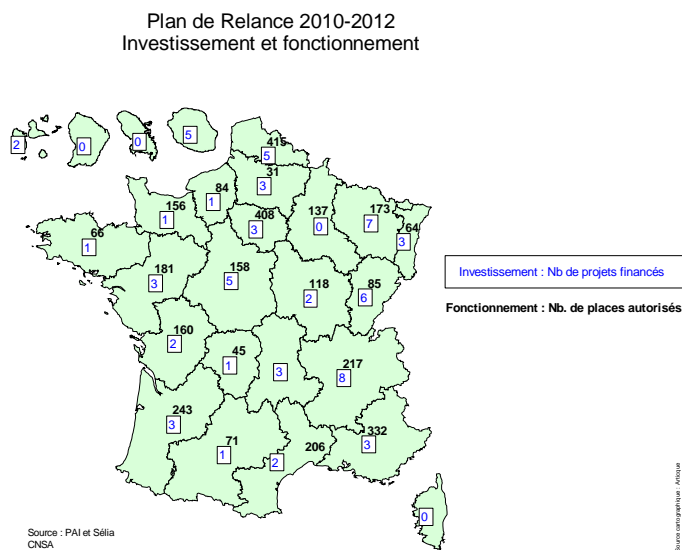
2.2. La participation au plan de relance de l'économie

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

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

Sur 299 projets proposés par les préfets de région, 70 ont été retenus sur la base des critères de sélection fixés, comportant notamment, dans le but de soutenir l'activité, une date de démarrage des travaux au premier semestre 2009 pour un montant total d'aide de 70,07 M€ et un coût total de travaux de 467,1 M€. L'impact estimé de ces opérations

d'investissement sur le secteur du BTP correspond à la préservation ou à la création de 5 336 emplois¹⁵. Vingt-deux régions en bénéficient (cf. encadré).



Le deuxième volet du plan a concerné l'augmentation des enveloppes anticipées de création de places nouvelles : ce sont ainsi 6 200 places supplémentaires (5 000 places en EHPAD et 1 200 en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisés pour les personnes handicapées) qui pourront être ouvertes entre 2010 et 2012.

2.3. OGD 2009 et 2010 : une contribution à l'effort de maîtrise du déficit de la sécurité sociale

La section I du budget de la CNSA, qui retrace l'ensemble des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux constituant l'objectif global de dépenses (OGD), est caractérisée par une importante sous-consommation¹⁶, même si celle-ci a tendance à se réduire.

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

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

¹⁵ L'impact sur l'emploi est estimé sur la base de la note du MEDDAT transmise par le cabinet du ministre délégué à la Relance, qui retient le ratio de 11,6 emplois ETP créés par million d'euros de travaux de bâtiment.

¹⁶ La sous-consommation de l'OGD correspond à l'écart entre le montant de l'OGD et les versements effectués par les caisses d'assurance maladie aux établissements et services.

l'ensemble des DDASS ont estimé la sous-consommation prévisionnelle pour 2009 à 300 M€¹⁷.

Compte tenu du contexte de dégradation rapide de l'équilibre financier de l'assurance maladie, l'OGD 2010 a voulu tirer les conséquences du constat de l'existence de crédits disponibles dans les enveloppes départementales, résultant d'engagements non encore réalisés. L'objectif est d'ajuster au mieux la concordance entre engagements budgétaires et réalisation financière. Si la réduction du risque de sous-consommation sur l'exercice 2010 passe par la poursuite des efforts engagés depuis 2006 pour lever les obstacles à l'engagement rapide des crédits et à l'installation des places (mécanisme des enveloppes anticipées, appui à l'investissement... - cf. partie 3 du chapitre 3), elle a motivé fin 2009 une opération de « nettoyage » de la base de l'OGD afin de n'y maintenir que les crédits nécessaires à l'exécution des engagements devant se réaliser en 2010.

Deux retraitements ont donc été opérés :

- la restitution de 150 M€ de crédits à l'assurance maladie sur l'exercice 2009, correspondant à la moitié environ de la sous-consommation attendue et qui se traduit en 2010 par une suppression définitive de l'autorisation de dépenses à due concurrence de ce montant ;
- la suppression temporaire de l'autorisation de dépenses à hauteur de 307 M€, correspondant à des crédits gagés sur des projets non encore installés et dont la mise en œuvre effective déclarée par les services déconcentrés interviendra postérieurement à 2010.

Ainsi, plutôt que d'alimenter les réserves disponibles de la CNSA, les 150 M€ de crédits restitués à l'assurance maladie sont venus soutenir les efforts de réduction des déficits de l'assurance maladie que les effets de la crise financière sur les prélèvements sociaux ont fortement dégradés. **L'exécution du budget 2009 de la CNSA a ainsi contribué à la réduction des besoins de financements de la sécurité sociale en 2009**¹⁸.

2.4. Des placements financiers optimisés en 2009

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

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

Les rendements des produits financiers ont subi l'effondrement des taux à court terme. Ils n'ont toutefois diminué que d'environ 1% sur l'ensemble de l'année (3,3% contre 4,4% en moyenne en 2008), en raison d'un volume non négligeable de produits déjà acquis, liés à

¹⁷ La sous-consommation finale s'est établie à 430 M€ pour les raisons évoquées supra (cf. chapitre 1).

¹⁸ Lors du Conseil de mars 2009, un certain nombre de membres du Conseil de la CNSA avaient rappelé leur demande de voir la totalité des crédits engagés entièrement consacrés à leur mission initiale de financement et de création d'établissements et de services pour personnes âgées, et de renforcement du nombre de professionnels. Ils avaient proposé, sans que cette proposition soit retenue, que ces crédits non consommés soient destinés, en mesures non reductibles, à compenser les baisses de crédits prévus par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009, d'une part pour les établissements aux tarifs supérieurs au plafond, d'autre part pour le financement de la masse salariale de tous les établissements.

des opérations engagées en 2008. Par ailleurs, une approche prudente mais dynamique a été déployée en 2009.

En effet, les placements de la trésorerie de la CNSA sont directement liés à l'évolution de la courbe des taux. En 2009, à titre d'exemples, le taux court terme Eonia (base de rémunération des billets de trésorerie de l'ACOSS) a chuté en moyenne de 3,80% à 0,75%, le taux de rémunération des bons du trésor à 1 an de 3,60% à 0,85% et celui des bons du trésor à 2 ans de 3,65% à 1,50%. Malgré ce contexte, en termes de rendement global, les produits financiers n'ont toutefois diminué sur l'ensemble de l'année que de 27%. La raison en est double : un potentiel de produits déjà acquis sur des opérations engagées en 2008 et une approche prudente mais dynamique déployée en 2009. Cette dernière a notamment consisté à utiliser les nouvelles possibilités de placement ouvertes en juillet 2009 par les derniers textes (article R 14-10-48 du code de l'action sociale et des familles), qui autorisent la CNSA à placer une partie de sa trésorerie auprès de l'ACOSS par l'achat de billets de trésorerie à court terme (1 à 3 mois), mais aussi à investir sur des obligations du trésor à moyen et long termes pour aller chercher des rendements allant jusqu' à 4,25%.

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

Encadré

Vers la certification des comptes

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

Le lancement de la démarche de contrôle interne

Si un premier effort de formalisation des procédures internes avait été conduit en 2007, il n'avait pas été prolongé par une démarche permanente et organisée de mobilisation des équipes autour de l'enjeu de la maîtrise des risques. La perspective de la certification des comptes a impulsé une démarche organisée de contrôle interne, baptisée Koru¹⁹. Elle s'est appuyée sur un premier tableau d'analyse des risques, d'identification des procédures prioritaires à revisiter et à formaliser plus avant. Cette démarche va se prolonger sur toute l'année 2010 et aussi en 2011. La CNSA a décidé de se faire accompagner dans cette démarche par un cabinet spécialisé, évidemment distinct des organismes qui seront retenus pour certifier les comptes.

Le nouveau logiciel comptable et financier

La CNSA avait hérité du logiciel comptable et financier mis en place par le Fonds de solidarité vieillesse pour la gestion du Fonds de financement de l'APA (FFAPA) depuis la création de l'APA. La décision de changer de logiciel comptable et financier était motivée par les limites rencontrées par un produit bâti dans les années 1990.

Les travaux qui ont accompagné l'installation de ce nouvel instrument ont permis de mettre l'accent sur la restitution des informations et le suivi budgétaire. Testé au dernier trimestre 2009, il est opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2010.

-

¹⁹ Nom maori utilisé pour désigner la fronde de fougère jeune en train de se dérouler, il est souvent utilisé dans les arts comme symbole de la renaissance, de la croissance, de la force et de la paix. Il a été proposé dans le cadre d'un concours interne.

Troisième partie :

Activité

chapitre 1 :

Gouvernance de l'aide à l'autonomie – participer aux évolutions institutionnelles

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

1.1. Participation à la conception et à la mise en œuvre des réformes dans le champ de la santé

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

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

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

Pilotage de la réforme

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

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

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

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

- **le groupe « pilotage national »**, qui identifie les règles du dialogue de gestion entre le niveau national et les ARS et le rôle de coordination du conseil national de pilotage ;
- **le groupe « stratégie, projet régional de santé »**, chargé de l'élaboration du guide méthodologique pour la construction du projet régional de santé, qui a vocation à intégrer les différents outils actuels de planification et de programmation, dont les PRIAC, lequel a travaillé à un rythme mensuel pendant dix mois ; la participation à la définition des tableaux de bord et indicateurs régionaux de pilotage est également essentielle pour garantir la remontée de données utiles au pilotage des moyens médico-sociaux qui ont pris place dans la cartographie d'ensemble ;
- **le groupe « régulation »**, qui précise les leviers d'action des ARS en matière de régulation, les dispositifs d'autorisation des établissements et de contractualisation ;
- **le groupe « action territoriale »**, qui doit mieux cerner le territoire de santé à partir duquel l'action des ARS sera structurée ; pour le médico-social, c'est le lien entre ces territoires de santé et l'échelon départemental qui constitue l'un des enjeux majeurs, en raison du partage des compétences sur ce champ avec les conseils généraux ;
- **le groupe « démocratie sanitaire »**, chargé de réfléchir notamment au rôle et au fonctionnement des conférences régionales de santé et de l'autonomie ;
- un dernier groupe a précisé, au dernier trimestre 2009, les **conditions de la continuité de service** et les objectifs prioritaires 2010 dans la phase de transition, dans un contexte médico-social en mutation, notamment du point de vue tarifaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Des relations renouvelées avec les conseils généraux

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

Le lien étroit qui existe entre la CNSA et les conseils généraux constitue l'une des particularités fortes de sa gouvernance que la convention d'objectifs et de gestion signée

entre la CNSA et l'État en janvier 2006 a été précisée. La CNSA a, « dans le domaine de compétence défini par le législateur, un rôle d'appui aux départements en charge de la couverture de la perte d'autonomie et un rôle d'animation, d'échange d'expériences et de pratiques en direction des maisons départementales des personnes handicapées. (...) Elle veille à l'égalité de traitement sur le territoire tant dans la répartition de la ressource financière qu'en ce qui concerne l'évaluation des besoins et le traitement des demandes de compensation des personnes handicapées. » (...) « Elle veille à l'égalité de traitement en assurant la transparence sur les objectifs fixés, les progrès effectués et les résultats obtenus, dans une démarche de partenariat et de contractualisation avec les responsables concernés. »

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

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

Afin de préparer le renouvellement de ces conventions, un bilan du fonctionnement des échanges de données ainsi que des appuis apportés par la CNSA aux départements a été établi et présenté au Conseil du 30 mars 2009. Ce bilan fait apparaître un taux de retour sur les données mensuelles quasi exhaustif, et détaille l'ensemble des actions d'appui de la CNSA aux départements (les « jeudis pratiques » de la compensation, la formation, les rencontres pour une culture partagée, le questionnaire de mesure de la satisfaction des usagers, la simplification des formulaires, et les différents groupes techniques).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. De nouveaux partenaires intervenant dans le champ médico-social

Première agence de référence du champ médico-social à sa création en 2004-2005, la CNSA avait été rejointe en 2007 par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), issue du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, qui avait été institué par la loi du 2 janvier 2002, dont la Caisse est membre. En 2009, les regards portés sur le fonctionnement du secteur dans une logique de qualité et d'efficacité se sont enrichis. La nouvelle Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), créée par la loi HPST, et l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), voient leurs compétences étendues au-delà du strict champ sanitaire, pour embrasser les problématiques médico-sociales.

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

Un partenariat renforcé avec l'ANESM

L'ANESM a été créée pour valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et organiser le processus de leur évaluation interne et externe. En 2009, sa convention constitutive a été modifiée pour tirer les enseignements des premières années d'existence.

À la fois financeur des structures médico-sociales, garante du développement d'une offre de qualité et devant contribuer à l'approfondissement de la connaissance et de l'innovation dans

le champ des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie, la CNSA était, dès sa création en 2008, l'un des membres fondateurs du groupement d'intérêt public ANESM. Avec la modification de la convention constitutive, sa participation financière au budget de l'agence, initialement fixée à 46,8%, est désormais comprise entre 47 et 57%. Le poids de la CNSA dans la répartition des voix au sein du conseil d'administration est passé quant à lui de 15 à 20%.

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

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

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

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

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

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

La participation de la CNSA à la nouvelle agence est prévue par la loi. La convention constitutive a été approuvée par arrêté ministériel du 16 octobre 2009. La Caisse dispose de 5% des voix au conseil d'administration ; elle a prévu d'apporter 1 M€ pour l'ANAP dans son budget prévisionnel 2010, ce financement ayant pour objectif de financer, d'une part, un pôle de compétences sur les sujets médico-sociaux et, d'autre part, les études sous-traitées par l'ANAP dans le cadre de son programme de travail. L'ANAP doit disposer, à terme, d'un budget annuel de 45 M€.

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

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

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

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

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

1.4. Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 : un bilan au service d'une nouvelle dynamique

Conclue le 23 janvier 2006 pour une durée de quatre ans, la première convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA a constitué le cadre de référence définissant les missions de la Caisse et posant les règles des processus. Quatrième et dernière année de cette convention, l'année 2009 a été mise à profit pour conduire son évaluation et la soumettre au Conseil (cf. document intégral sur le site de la CNSA – www.cnsa.fr – rubrique les missions) le 17 novembre.

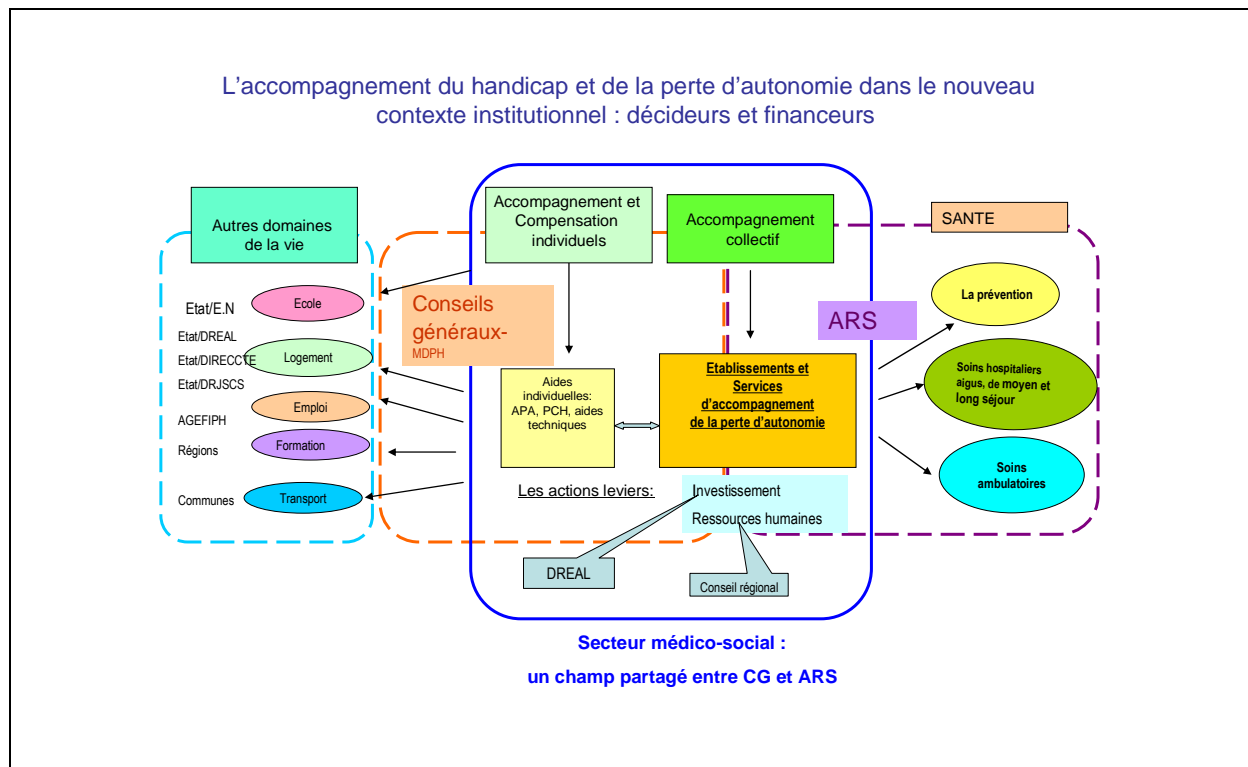
L'absence de visibilité sur ce que serait le fonctionnement en réel de la CNSA explique le choix fait en 2005 d'un document de principe et de méthode, plus que d'objectifs stratégiques évaluables par leurs résultats. Conduite conjointement par les services de la DGAS et de la CNSA, son évaluation a ainsi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

Les difficultés à répondre à la totalité des objectifs précis de la COG ont été largement liées à la nécessité de mettre en place un certain nombre d'outils préalables à l'action, comme les systèmes d'information, dont le temps de mise en œuvre n'avait pas été estimé auparavant. La faible priorisation des objectifs définis très largement et, dans un certain nombre de cas,

les ambiguïtés du partage des compétences entre la Caisse et l'État, ont par ailleurs été pointées parmi les marges de progrès.

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

Encadrés :



AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
APA	allocation personnalisée d'autonomie
ARS	agences régionales de santé
DIRECCTE	directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DREAL	directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRJSCS	directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion Sociale
EN	Education nationale
MDPH	maisons départementales des personnes handicapées
PCH	prestation de compensation du handicap

Une nouvelle gouvernance pour la politique du handicap au niveau national

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

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

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

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

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

La CNSA est membre de ces trois dernières instances.

chapitre 2 :

Plans nationaux de santé publique

Ancrer l'autonomie au cœur de la démarche de santé

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

2.1. L'aide à l'autonomie au cœur des plans de santé publique

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

L'un des enjeux affichés de cette approche est de dépasser la distinction traditionnelle entre prévention et soins, non pertinente dans les cas où la frontière est floue²⁰. Cette démarche a également abouti à intégrer dans un grand nombre de plans et programmes de santé publique des mesures relatives à la qualité de vie et à l'insertion sociale des personnes concernées par telle maladie ou situation de santé, bien au-delà de la prise en charge strictement médicale.

Pour les plans concernant des maladies invalidantes, cette acception large de la notion de santé, telle que retenue au niveau international²¹, a permis d'améliorer l'articulation du système de soins avec la prise en charge de la perte d'autonomie.

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

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

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

²⁰ Loi du 9 août 2004 relative à la santé publique – Brochure pédagogique – Direction générale de la santé – février 2005.

²¹ La définition de l'OMS précise que « La *santé* est un état de complet bien-être physique, mental et social ».

2.2. La CNSA mobilisée par sept plans nationaux

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

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

Le plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 : au sein de son axe 3, qui vise à faciliter la vie quotidienne des malades, deux mesures assurent le lien avec le dispositif de compensation du handicap (mesure n°12 : *Aider les parents handicapés ou atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants* ; mesure n° 13 : *Faire accéder les personnes atteintes de maladies chroniques aux prestations liées aux handicaps*).

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

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

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

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

précoce possible, de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement (cf. chapitre 3 sur les établissements et services médico-sociaux).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À travers ces plans, différentes catégories de personnes font l'objet de réponses spécifiques. Le risque intrinsèque de cette démarche populationnelle portée par les plans de santé

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

L'évaluation des besoins pour toutes les personnes en situation de perte d'autonomie, quelle que soit l'origine du handicap, doit se faire en fonction des besoins d'aide à l'autonomie évalués de façon multidimensionnelle. Le plan personnalisé de compensation leur apporte ensuite les réponses nécessaires en termes de droits, d'accès à des prestations ou services en fonction des limitations d'activité ou des restrictions de participation constatées, indépendamment de leur pathologie.

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

- prise en compte de l'urgence par les dispositifs d'attribution des droits (plans Cancer et IST-VIH) ;
- attention portée aux aidants (plan Alzheimer et soins palliatifs) ;
- articulation particulièrement sensible des prises en charge sanitaires et médico-sociales (plans Maladies chroniques, Alzheimer, Santé mentale, Soins palliatifs, Cancer...).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'adaptation des structures médico-sociales concerne tout d'abord les EHPAD - **mesure 16** - au sein desquels le plan prévoit la création d'unités spécialisées pour malades atteints d'Alzheimer (unités d'hébergement renforcé et pôles d'activité et de soins adaptés). La CNSA a contribué à la finalisation du dispositif financier, qui va être intégré à la campagne budgétaire 2010 ; le plan d'aide à l'investissement est venu soutenir 93 établissements pour leurs projets d'unités, pour un montant de 72 M€. Des projets de SSIAD renforcés intervenant au domicile des personnes malades ont également été expérimentés en 2009 par l'État (mesure 6), sur des financements notifiés par la CNSA (40 équipes pour 6 M€).

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

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

chapitre 3 :

Les établissements et services médico-sociaux

Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre

Les établissements et services médico-sociaux apportent à plus d'un million de personnes âgées et handicapées une aide à l'autonomie et, dans un certain nombre de cas, une réponse à leurs besoins de soins.

La CNSA assure la gestion des financements de l'assurance maladie dédiés à leur fonctionnement (l'ONDAM médico-social), qu'elle abonde de crédits supplémentaires issus de ses ressources propres, le total constituant l'Objectif global de dépenses (OGD). En 2009, sa responsabilité a ainsi porté sur la mise en œuvre d'un OGD de 15,6 Md€.

Sa mission est d'assurer une répartition équitable de ces crédits sur le territoire national dans un souci de développement des capacités d'accueil, d'adaptation en nombre et en qualité des réponses aux besoins exprimés localement, et d'utilisation rigoureuse et optimale des moyens votés par le Parlement et inscrits à son budget.

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

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

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

3.1. Optimiser l'allocation budgétaire

L'ONDAM médico-social présente, sur la période 2006-2009, une progression supérieure à 6 % en moyenne afin de mettre en œuvre les plans de développement et d'adaptation de l'équipement en direction des populations âgées et handicapées. Cette dernière est à mettre en regard de celle de l'ONDAM général de 3 % en moyenne sur cette même période. Ce taux était de 6,2 % dans la construction initiale de l'OGD 2009. Cependant, cet effort important ne s'est pas traduit par une consommation des crédits à hauteur des besoins inscrits dans les objectifs des plans nationaux.

Si ce phénomène préexistait à la création de la CNSA (mais n'était pas apparent dans les comptes de l'assurance maladie), il est désormais au cœur des débats en raison de son ampleur, liée à la croissance forte des financements votés en faveur du secteur médico-

social mais aussi de la visibilité qu'il a acquise depuis que la CNSA retrace dans ses comptes l'intégralité des dépenses de l'ONDAM médico-social. Isolée, cette sous-consommation n'est plus absorbée par les besoins de financement des autres champs de dépenses de l'assurance maladie (ville, hôpital...); elle se traduit par la constitution d'excédents dans le budget de la Caisse. Entre 2006 et 2008, ce sont 1,3 Md€ d'excédents qui ont ainsi été produits sur la section I du budget.

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

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

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

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

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

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

L'accompagnement du processus de médicalisation

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

Le processus de médicalisation de deuxième génération engagé en 2007 (*cf. encadré*) repose ainsi sur une évaluation des besoins de soins effectuée par les médecins coordonnateurs des établissements à partir de la grille d'évaluation PATHOS et validée par

les médecins conseils de l'assurance maladie. L'attribution des crédits correspondants nécessite ensuite de signer ou de renouveler les conventions triparties entre le gestionnaire de l'établissement, l'État et le conseil général.

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

Cette implication est appelée à se poursuivre et à s'approfondir en 2010 et au-delà. La réforme de la tarification des EHPAD, inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et en vigueur à partir de 2010, prévoit en effet un mécanisme de tarification des EHPAD dans lequel les ressources des établissements (pour le forfait soins) seront déterminées principalement en fonction des besoins des résidents appréciés à partir de l'outil PATHOS et de la grille AGGIR. Cette réforme, conjuguée à la mise en place des agences régionales de santé désormais en charge de la mise en œuvre de cette tarification, appelle une nouvelle gouvernance des outils dans laquelle la CNSA est appelée à jouer un rôle renforcé.

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

Les constats et les suites de la mission IGAS-IGF

Malgré ces avancées, le maintien d'une sous-consommation importante, dans un contexte financier difficile, a conduit les ministres du Travail, de la Santé et du Budget, par lettre datée du 23 avril 2009, à confier à leurs corps d'inspection (l'Inspection générale des affaires sociales - IGAS – et l'Inspection générale des finances – IGF) une mission d'analyse des causes structurelles de la sous-consommation et de propositions sur les moyens d'en prévenir le renouvellement.

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

Cette enquête a abouti notamment aux constats suivants :

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

Conformément aux conclusions de la mission IGAS-IGF, le Gouvernement a décidé, lors de la construction de l'ONDAM/OGD 2010, un certain nombre de retraitements budgétaires visant à ajuster au mieux la concordance entre engagements budgétaires et réalisation financière (*cf. partie 2 : budget – chapitre 2 - 2.3.*). Ces crédits ont été restitués à hauteur de 150 M€ à l'assurance maladie lors du vote de la LFSS 2010.

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

3.2. Affiner la programmation prévisionnelle des besoins de certaines populations spécifiques

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

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

Programmation et réalisations 2009 : une confirmation des tendances

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

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

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

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

Le premier schéma d'organisation médico-sociale pour les handicaps rares

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

La loi du 11 février 2005 a confié à la CNSA la préparation du schéma national pour les handicaps rares, qui a pour vocation de développer la connaissance de ces populations, peu quantifiées à ce jour. L'élaboration de ce schéma a été engagée en 2007, dans le cadre d'une commission du Conseil scientifique, constituée à cet effet. Celle-ci a procédé à une très large concertation (audition des associations de personnes et d'usagers, des gestionnaires d'établissements et de services, des centres de ressources nationaux, approche internationale du sujet...), qui a abouti à une construction permettant de ne pas partir de la seule vision des dispositifs existants. Les travaux se sont déroulés selon deux axes : les parcours de vie des personnes ayant un handicap rare et leurs attentes en termes d'accès aux droits et aux services sanitaires et sociaux ainsi que l'expression des professionnels généralistes et spécialistes intervenant dans ce champ.

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

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

Des études sectorielles en appui à la programmation

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

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

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

- **L'accueil de jour et l'hébergement temporaire (AJ-HT)** voient leur développement programmé de façon ambitieuse dans le cadre du PSGA et du plan Alzheimer (*cf. partie 3 – chapitre 2*). Le suivi du plan montre la difficulté de faire émerger une offre qui réponde aux objectifs fixés, le rythme d'installation des places étant deux fois moindre qu'attendu. Une étude qualitative lancée par la CNSA en 2009 a permis de repérer les freins au développement de l'offre et de définir une nouvelle doctrine de l'État en matière d'AJ-HT, tant en ce qui concerne le nombre de places par structure que la prise en charge des frais de transport.

- L'accompagnement des **personnes handicapées vieillissantes** interroge de nombreux responsables publics²² et passe par l'adaptation des structures d'accueil aux nouveaux besoins de ces personnes. Une première réponse a été, depuis 2008, la médicalisation des foyers de vie, permettant un renforcement de leurs moyens par transformation en foyers d'accueil médicalisé (FAM). Pour affiner le diagnostic et favoriser le développement de réponses adaptées, la CNSA a organisé un atelier d'échange de pratiques sur le thème de l'offre médico-sociale adaptée aux personnes handicapées vieillissantes. Cet atelier réunit, autour de la CNSA et de la DGCS, des fédérations et des gestionnaires du secteur du handicap et des personnes âgées, l'ANCREAI, des médecins (psychiatre, gériatre), des maisons départementales des personnes handicapées, des décideurs locaux (conseils généraux, DDASS) et l'ANESM. Il doit permettre de réaliser, à horizon du milieu de l'année 2010, un outil d'aide à la programmation et à la mise en œuvre des projets au bénéfice des personnes vivant en institution comme à domicile.

- Enfin, deux autres champs relatifs aux enfants handicapés ont commencé à être explorés fin 2009, à travers des analyses de l'offre en établissement et services pour les personnes

²² Rapport Paul Blanc - « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », - remis à Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, le 11 juillet 2006 ; la recommandation du Conseil de l'Europe, CM/Rec (2009)6, du Comité des ministres aux États membres sur le vieillissement et le handicap au 21^e siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive, adoptée par le Comité des ministres le 8 juillet 2009, lors de la 1 063^e réunion des délégués des ministres.

déficientes intellectuelles, d'un côté, et les personnes déficientes sensorielles, de l'autre. Pour les premiers, il s'agit notamment de mieux comprendre la persistance d'une demande forte de création de places en établissements pour les enfants, malgré le développement de la scolarisation en milieu ordinaire. Il s'agit, pour les seconds, d'analyser l'évolution de l'offre du fait des progrès de la scolarisation, et de mieux prendre en compte les besoins des adultes, en particulier en cas de handicaps associés.

L'implication de la CNSA dans des approfondissements thématiques est également mise en œuvre par sa participation à l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale - ANESM (*cf. partie 3 – chapitre 1*). La CNSA suscite l'inscription au programme de travail de l'agence de sujets qui lui apparaissent nécessaires au regard des priorités de mise en œuvre des plans et des difficultés constatées sur le terrain. Les recommandations de l'ANESM éclairent elles aussi, à leur manière, les travaux des responsables locaux. En 2009, l'accompagnement médico-psycho-social des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée répondait aux besoins de la mise en œuvre du plan Alzheimer. La CNSA a demandé que des travaux sur le rôle des SESSAD dans la socialisation et la scolarisation des enfants handicapés aboutissent dès 2010, afin d'accompagner la forte pression pour le développement de ces structures.

3.3. Soutenir l'installation des établissements et services

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

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

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

En 2009, le plan d'aide à l'investissement, qui s'est élevé à 330 M€²³ (250 M€ sur le champ des personnes âgées et 80 M€ sur celui des personnes handicapées), a été conduit en trois étapes, pour les besoins du plan de relance de l'économie et du plan Alzheimer. Les travaux de modernisation et de création d'établissements ainsi soutenus par la CNSA représentent un total de 2 085 Md€, soit un « effet de levier » des subventions de 1 à 6.

Le plan de relance a permis d'abonder de 70 M€ supplémentaires le montant du plan d'aide à l'investissement initialement calibré à 260 M€ (*cf. partie 2 - chapitre 2*). Les préfets ont été sollicités dès janvier pour proposer des opérations susceptibles de démarrer au premier semestre. Les crédits correspondant aux soixante-dix opérations ainsi retenues ont été notifiés par la CNSA dès le 9 avril 2009 et le démarrage rapide des opérations s'est traduit

²³ Dont 30 M€ correspondant au financement des engagements de l'État au titre des contrats de développement État-région, repris par la CNSA à compter de 2009 pour un montant total de 165 M€ provisionné dans ses comptes.

par le versement dès 2009 d'acomptes correspondant à 34 % du total des subventions allouées.

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

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

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

Métiers : appuyer la professionnalisation des personnels

Le développement de l'offre médico-sociale est conditionné par la capacité des établissements à recruter les professionnels nécessaires ; la qualité de l'accompagnement implique quant à elle un niveau de professionnalisation satisfaisant. Les PRIAC 2009 permettent de valoriser pour près de 47 000 équivalents temps plein (ETP) les besoins de recrutement liés à la programmation de places nouvelles sur la période 2009-2013, soit plus de 28 000 dans le champ des personnes âgées et 18 000 dans celui des personnes handicapées. Il s'agit en majorité de personnels socio-éducatifs dans le champ du handicap et d'aides-soignantes (à 68 %) dans les établissements gérontologiques.

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

- **Le cofinancement de formations par le biais des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA)** : la CNSA avait renouvelé pour un an, en 2008, les conventions conclues avec les quatre OPCA du secteur pour un montant de 10 M€²⁴ ; ces avenants avaient été l'occasion de renforcer l'observation à travers la centralisation au niveau national des remontées d'indicateurs. Depuis l'automne 2009, date d'échéance de ces conventions, la CNSA procède avec les OPCA au bilan du dispositif afin de tirer tous les enseignements utiles pour la préparation des prochaines conventions à signer en 2010, sur une base

²⁴ Les formations cofinancées par la CNSA portent sur les diplômes d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique, de moniteur éducateur et d'éducateur spécialisé. Les accords 2010/2012 intégreront les infirmiers ainsi que les assistants de soins en gérontologie.

triennale. Les premiers bilans font état de 4 611 parcours de formation cofinancés en 2008 et 2009, dont une grande majorité (70 %) concerne le diplôme d'aide-soignant.

- **Le plan des Métiers** : la CNSA a été chargée de financer (pour 7 M€) et suivre les expérimentations lancées en juillet 2008 auprès des régions Alsace et Centre, puis en décembre 2008 auprès du Nord Pas de Calais, autour de quatre grands axes thématiques :

- faciliter l'identification des besoins ;
- recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ;
- former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels ;
- valoriser les métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

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

3.4. Approfondir la connaissance des coûts en établissements et services

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

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

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

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

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

Dans le cadre du plan Autisme, la CNSA, en partenariat avec la DGAS et la DHOS et en collaboration avec l'Association nationale des centres de ressources autisme (ANCRA), a conçu un **rapport d'activité standardisé des centres de ressources autisme (CRA)** comprenant un volet budgétaire. L'exploitation des rapports annuels des centres de ressources régionaux doit permettre de mesurer de façon homogène l'activité de chaque CRA et son évolution, dans une approche missions-moyens. À partir de ce suivi pourra être

déterminée la répartition des crédits complémentaires prévus par la mesure 12 du plan pour réduire les inégalités de dotation et objectiver les besoins de financement complémentaires liés notamment au renforcement de leur activité sur le champ des adultes. La première édition de ces rapports portant sur l'année 2008 a été publiée en septembre 2009. La remontée de l'édition 2009 est attendue pour le 15 février 2010.

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

Plusieurs directions de travail ont été mobilisées :

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

Une nouvelle mission légale d'observation des coûts

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

Cette nouvelle disposition législative vient souligner l'importance de cette fonction d'observation des coûts.

Le Conseil de la CNSA avait insisté dans son rapport 2008 sur la nécessité de mieux connaître les conditions financières d'exercice de leurs missions par les établissements et services médico-sociaux. Sur la base de cette recommandation, la commission « établissements et services » du Conseil de la CNSA a ainsi décidé, le 10 juin 2009, la mise en place d'un groupe de travail chargé d'élaborer les indicateurs sur les moyens nécessaires aux structures pour remplir leurs obligations légales et réglementaires, en débutant ses travaux par la situation des EHPAD, compte tenu des récentes modifications les concernant. Cette **commission du Conseil sur les normes et moyens de fonctionnement des établissements et services** s'est réunie pour la première fois en septembre, rassemblant une quinzaine de ses membres. Elle a sollicité le Conseil scientifique. Le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de l'Université Paris

Dauphine a été sollicité pour appuyer ses travaux, en développant une méthode de valorisation économique des normes.

Encadrés :

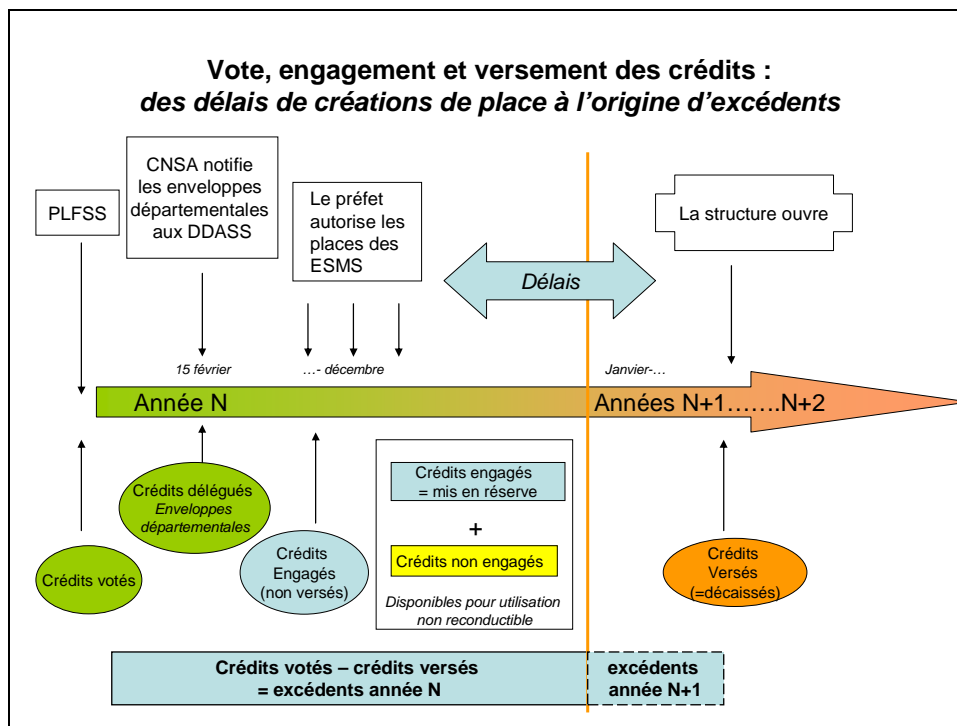
- courbes d'évolution des taux de consommation des crédits depuis 2006
- tableau sur l'évolution de la médicalisation
- schéma sur le mécanisme d'autorisation-installation
- bilan de la campagne 2009

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

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

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

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



Les schémas seront relus sur mise en page

Bilan de la campagne 2009

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

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

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

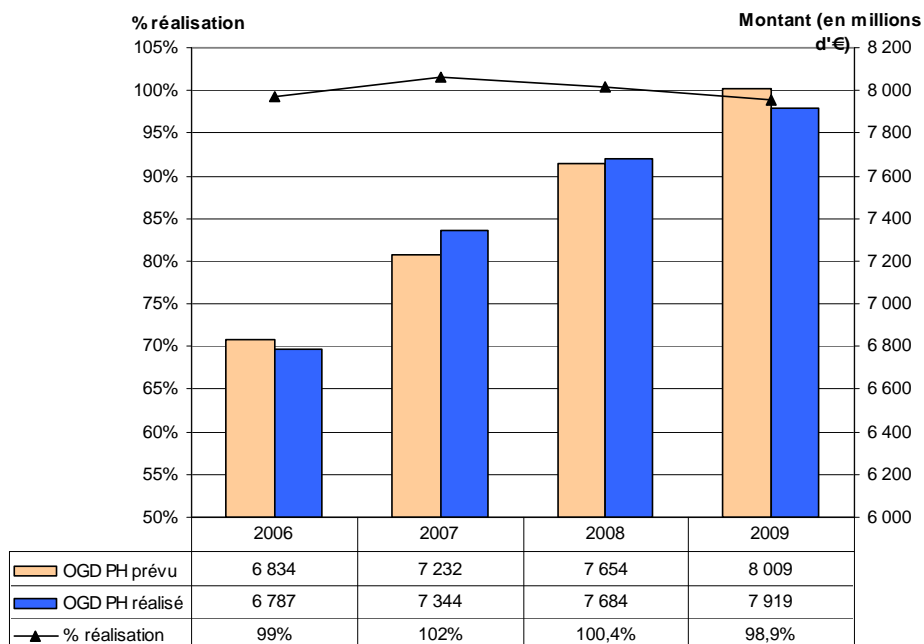
	Places autorisées ⁽¹⁾ en 2009	Places installées ⁽²⁾ en 2009
PERSONNES ÂGÉES		
EHPAD	13279	6515
SSIAD	6360	5411
AJ-HT	2761	1516
Total	22400	13442
PERSONNES HANDICAPÉES		
Adultes	5164	3843
Enfants	3499	3134
<i>dont SESSAD</i>	2018	1833
Total	8663	6977

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

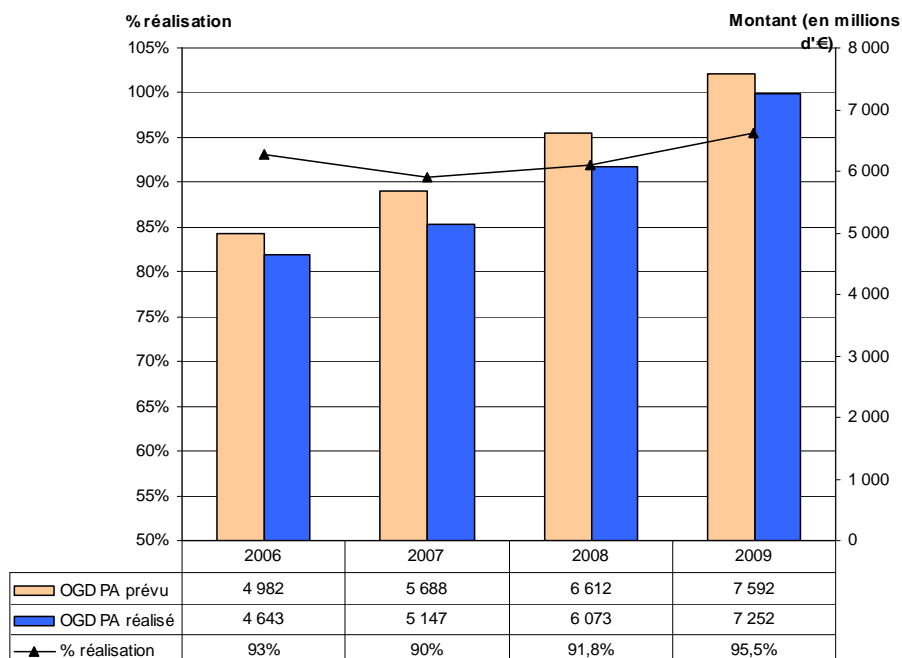
(2) Quelle que soit l'année de rattachement des crédits.

Suivi des dépenses de l'OGD PA et PH de 2006 à 2009²⁵

- Personnes handicapées : une consommation proche de 100%



- Personnes âgées : une accélération des réalisations



²⁵ Données comptables notifiées par les régimes d'assurance maladie après régularisation des dépenses SSIAD personnes handicapées (4,8 % de la dépense SSIAD en 2006 et 2007, 5,5 % en 2008 et 5,9 % en 2009 transférée de l'OGD personnes âgées vers l'OGD personnes handicapées) ;

« Encadré focus » :

Handicap rare : la définition d'une réalité très diverse

La première définition juridique du handicap rare a été donnée en 2000 par arrêté, qui figure à l'article D312-194 du code de l'action sociale et des familles :

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

1° L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave.

2° L'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves.

3° L'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves.

4° Une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience.

5° L'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle que :

a) une affection mitochondriale ;

b) une affection du métabolisme ;

c) une affection évolutive du système nerveux ;

d) une épilepsie sévère. »

Le schéma national pour les handicaps rares s'est attaché à une approche par la rareté :

... Le handicap rare combine trois types de rareté...

- rareté des publics (1 pour 10 000) ;

- rareté des combinaisons de déficiences (exemples : la surdi-cécité, association de troubles de la personnalité et/ou du comportement avec d'autres déficiences, souvent en lien avec des maladies neurodégénératives...)

- rareté et complexité des technicités requises (les techniques d'accompagnement en situation de rareté ne sont pas la simple addition des techniques d'accompagnement en situation de handicap).

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

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

chapitre 4 :

Maisons départementales des personnes handicapées

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

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

4.1. Appui à l'organisation et au fonctionnement des MDPH

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

Un travail d'animation quotidien

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

Ces derniers sont complétés par un dispositif de formation des professionnels des MDPH qui repose tout d'abord sur l'organisation de formations spécifiques dispensées par des formateurs-relais recrutés par la CNSA. Ces formations sont organisées sur des thèmes considérés comme prioritaires par la Caisse au regard des enjeux d'appropriation des dispositifs légaux et réglementaires et sur lesquels il n'existe pas encore d'offre suffisamment adaptée sur le marché. En 2009, il s'est agi de formations à l'utilisation du guide-barème par les équipes d'évaluation ainsi que sur l'allocation adulte handicapée, soit vingt-sept sessions qui ont regroupé quarante-six MDPH.

Ensuite, ces interventions sont progressivement remplacées par la possibilité de faire appel à des formations offertes par les organismes du marché ayant répondu à un cahier des charges établi par la CNSA et sont donc référencées par une commission qui confirme son respect par le prestataire. Les offres référencées sont affichées sur le site internet de la CNSA à la disposition des MDPH qui le souhaitent. Cinq thématiques sont actuellement disponibles sur l'accueil des personnes handicapées, l'évaluation des besoins, le GEVA et le plan de compensation et le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

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

Un soutien financier accru confirmé aux MDPH

En tout premier lieu, la CNSA contribue directement au fonctionnement des MDPH par un concours financier. Ce concours avait été porté de façon pérenne de 30 M€ en 2007 à 45 M€ en 2008. En mars 2009, le Conseil de la CNSA a décidé de compléter l'abondement de ce concours pérenne par un concours exceptionnel de 15 M€ afin de les aider à faire face à l'accroissement de leur charge de travail liée à l'ouverture de la PCH aux enfants et à la réforme de l'AAH (*cf. partie 2 – chapitre 2*).

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

De l'analyse de cette enquête, il apparaît que les conseils généraux sont les plus gros contributeurs dans les départements les plus peuplés. Dans les départements les moins peuplés, c'est l'État qui est le principal contributeur, la CNSA étant quant à elle relativement plus présente dans les départements de taille moyenne. Le coût global du dispositif des MDPH est évalué nationalement à 250 M€, tous financeurs confondus.

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

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

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

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

entré en phase de généralisation en 2009, incité par la suppression annoncée des logiciels ITAC et OPALES à la fin de l'année. Fin 2009, 90 MDPH avaient abandonné ITAC.

Si une première version des systèmes d'information locaux est désormais en place dans la quasi-totalité des départements, la constitution du SIPAPH continue de mobiliser la CNSA et les partenaires nationaux et locaux (*cf. partie 3 – chapitre 6*).

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

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

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

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

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

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

L'implication des usagers dans le fonctionnement des MDPH

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

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

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

Pour prolonger ce dispositif, qui a pris fin en décembre 2009, la CNSA a constitué un groupe technique réunissant des représentants des associations et des MDPH pour analyser l'utilisation passée et faire évoluer le dispositif actuel. Le nouveau dispositif de mesure de la satisfaction des usagers MDPH, disponible depuis le 12 janvier 2010, repose sur un questionnaire simplifié ; sera amplifiée l'utilisation de la version web, moins onéreuse, du questionnaire, notamment par la création d'une adresse URL spécifique : <http://satisfactionmdph.fr>.

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

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

- le 19 mai, quatre départements d'Alsace et de Lorraine - Bas Rhin, Moselle, Meuse et Meurthe et Moselle - ont souhaité s'inscrire dans cette démarche, qui a rassemblé 150 personnes ;
- le 13 novembre, c'est le département du Pas de Calais qui a souhaité proposer à tous les agents de la MDPH cette formation-action, qui a regroupé 200 personnes.

4.2. Évaluation : de l'expertise à l'accompagnement des équipes

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

Au cœur du dispositif d'aide à l'autonomie, l'évaluation doit permettre de proposer un plan personnalisé de compensation et l'accompagnement le plus adapté à la situation et aux besoins de la personne, clairement identifiés en référence à son projet de vie. Le principe

législatif de personnalisation des réponses fait de la qualité de l'évaluation un paramètre essentiel pour l'atteinte des objectifs assignés par la nouvelle loi.

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

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

Le Conseil scientifique de la CNSA a créé en son sein, en 2007, une commission pour accompagner la réflexion en matière d'évaluation. En 2009, deux colloques scientifiques ont été organisés afin de valoriser les travaux engagés par la Caisse sur ce sujet.

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

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

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

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

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

Ces premières rencontres ont été suivies, le 23 mars, par un **colloque consacré à l'évaluation des handicaps d'origine psychique**. Les particularités de l'évaluation pour les personnes en situation de handicap psychique étaient apparues dès les premiers travaux conduits par la CNSA. Cela l'avait conduite à confier au CEDIAS-Délégation ANCREAI Île de France une expérimentation nationale, basée sur l'étude de cent vingt cas réels d'enfants et d'adultes dans quinze départements, dont les résultats ont été présentés au cours de ce

colloque. Le partenariat entre équipes des MDPH et équipes de soins est apparu comme un déterminant essentiel de la réussite de l'évaluation de ces personnes, en raison des spécificités du handicap psychique, pour lequel le projet de soins est indissociable du plan d'accompagnement dans les différentes dimensions de la vie (*cf. encadré*). Cet événement a réuni cinq cents usagers et professionnels des secteurs psychiatrique et médico-social.

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

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

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

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

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

Deux chantiers parallèles et complémentaires ont été ouverts.

- Pour améliorer la cotation des capacités fonctionnelles de la personne handicapée, **un guide** a été élaboré en partenariat avec les acteurs locaux. Cette cotation, qui s'insère dans l'un des volets du GEVA consacré à la description des limitations d'activité de la personne, est en effet essentielle pour déterminer l'éligibilité à la prestation de compensation (PCH) puisque seules les personnes rencontrant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à l'accomplissement de dix-neuf activités définies par décret (se mettre debout, se laver, parler...) peuvent prétendre au bénéfice de la PCH. Ce guide de cotation des capacités fonctionnelles a été mis à disposition des équipes en mars 2009 sous forme de document de travail ; les tests de reproductibilité sont encore en cours qui permettront d'aboutir à une version stabilisée fin 2010.

- Pièce indispensable à l'instruction des demandes adressées par une personne en situation de handicap à la MDPH, le certificat médical conditionne également, en fonction de la manière dont il est rempli par les médecins traitants, la qualité de l'évaluation. Un **nouveau certificat médical** a également été publié. La CNSA a élaboré, pour accompagner sa diffusion, des kits de formation construits avec les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires pour sensibiliser leur réseau local de médecins. Cette action de sensibilisation est complétée par une démarche similaire conduite directement par la CNSA auprès des acteurs nationaux (Ordre des médecins, unions régionales des médecins libéraux...).

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

Appropriation du GEVA : bilan et plan d'action

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

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

Il fait trois constats :

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

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

Parmi les axes à privilégier figurent :

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

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

L'étude conduite avec l'ODAS sur les plans personnalisés de compensation (PPC), en 2007, avait rendu compte du chemin à parcourir pour que l'élaboration du PPC, outil prévu par la loi de 2005, trouve véritablement sa place dans les pratiques. Le plan d'action revient sur la nécessité de travailler à son articulation avec le GEVA.

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

4.3. Vers des préconisations affinées en matière d'emploi et de logement

Emploi

Les MDPH ont certes été très mobilisées par la mise en place de la PCH, dont la nouveauté a requis un fort investissement de leur part pour s'approprier le dispositif. Elles n'ont pas pour autant vu décroître leur rôle en matière d'orientation professionnelle. En 2008, alors que l'attribution de la PCH constituait 6% des décisions des CDAPH, les décisions relatives à l'emploi représentaient 27% des décisions (10% pour l'orientation professionnelle et 17% pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé - RQTH²⁶). Si on ajoute les décisions relatives à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés - AAH (19%), ce sont près de 50% des décisions de la CDA qui nécessitent une appréciation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi.

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

Dans le prolongement du Pacte pour l'emploi annoncé en juin 2008, qui prévoit que les demandeurs d'AAH fassent systématiquement l'objet d'une reconnaissance de travailleurs handicapés, la CNSA a animé un **groupe de travail sur les modalités d'attribution de l'AAH**, composé de représentants de vingt-six MDPH et des administrations centrales. Installé le 19 février, il avait pour objectif d'éclairer les pratiques d'attribution de l'AAH et participer ainsi aux réflexions des décideurs politiques sur l'évolution réglementaire de l'AAH. Les travaux du groupe de travail, accompagnés par la DREES, ont permis d'aller au-delà du constat de la forte hétérogénéité dans l'attribution de l'AAH en expliquant pour les deux tiers cette variabilité par les différences socio-économiques entre les départements (*cf. encadré*). Des préconisations ont été remises aux ministres en juillet, après sept séances de travail :

- clarifier les règles du jeu (préciser le cadre réglementaire, formaliser la « jurisprudence de la CDAPH » et développer des relations avec les tribunaux du contentieux de l'incapacité) afin d'harmoniser les règles appliquées ;
- se doter d'outils méthodologiques complémentaires pour l'évaluation de l'employabilité des personnes, qui est l'un des critères d'attribution de l'allocation ;
- formaliser les processus de demande d'AAH.

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

La CNSA, quant à elle, a prolongé cet investissement, en participant, avec la DGAS et la DGEFP, à l'élaboration d'un guide sur la reconnaissance de la qualité de travailleur

²⁶ Données issues de la synthèse des rapports d'activité des présidents des MDPH sur l'année 2008, adressés à la CNSA par les présidents des conseils généraux – échantillon de cinquante-trois MDPH – novembre 2009.

handicapé et l'orientation professionnelle des personnes demandant le bénéfice de l'AAH, mis à la disposition des MDPH en janvier 2010.

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

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

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

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

Logement

Très rapidement après leur création, les MDPH ont demandé le soutien de la CNSA sur la thématique de l'adaptation du logement afin d'améliorer les réponses apportées aux besoins d'aménagement de logement financées par la PCH. La complexité de l'évaluation à la fois des besoins de la personne et de son environnement conduit les équipes pluridisciplinaires à s'interroger sur leurs pratiques et sur les possibilités de réponse.

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

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

4.4. L'implication des équipes des MDPH dans la conception de réformes de la PCH

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

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

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

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

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

Les réflexions sur l'évolution de la PCH concernent également la PCH enfants. Créée en 2008, pour répondre aux échéances posées par la loi de 2005, la PCH enfants existe dans le cadre d'un régime optionnel entre les compléments de l'allocation d'éducation pour les enfants handicapés ou les volets de la prestation de compensation du handicap. Des travaux complémentaires ont été pilotés par la CNSA en 2009 afin d'expertiser les situations des enfants dont la famille a choisi l'une ou l'autre de ces prestations pour préparer une évolution de ce dispositif trop complexe. Une étude des besoins de compensation de cinq cents enfants a ainsi été diligentée (*cf. partie 3 - chapitre 6*).

Encadrés :

- Douze journées d'échanges pour faire émerger de bonnes pratiques
- Les explications de l'attribution inégale de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Douze journées d'échanges pour faire émerger des bonnes pratiques

Depuis 2006, la CNSA accompagne les MDPH dans la mise en place de leurs missions en identifiant et en diffusant des pratiques dans le cadre de réunions mensuelles thématiques ouvertes à une quinzaine de professionnels des MDPH. Ces « Jeudis pratiques de la compensation » permettent d'explicitier les règles applicables et de dégager des solutions

pratiques à partir de cas réels que les MDPH ont à traiter, ainsi que de souligner les difficultés persistantes d'application de la réglementation.

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

8 janvier : Le projet de vie.

22 janvier : L'AAEH et la PCH enfants.

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

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

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

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

4 juin : Le projet personnalisé de l'étudiant.

9 juillet : La réforme AAH-RQTH.

10 septembre : Le suivi des décisions de la MDPH.

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

5 novembre : La formation professionnelle des personnes handicapées.

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

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

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

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

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

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

- les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par la différence des facteurs socio-démographiques - taux de pauvreté, taux de demandeurs de prestations liées au handicap, part des plus de 45 ans dans la population, proportion des demandeurs d'emploi travailleurs handicapés dans l'ensemble des demandeurs d'emploi, part des ouvriers dans l'emploi ;
- un tiers relèverait de pratiques d'évaluation différentes. Cela est lié notamment à des organisations différentes des MDPH (composition de l'équipe pluridisciplinaire et l'appel variable à des expertises externes - Pôle emploi, Cap emploi...). La marge d'interprétation des textes sur les critères d'éligibilité est également responsable de pratiques diverses.

« Encadré focus » :

Les spécificités de l'évaluation pour les situations de handicap d'origine psychique *Les enseignements de l'étude conduite par le CEDIAS pour la CNSA – mars 2009*

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

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

- du fait de la variabilité des troubles, l'évaluation doit être appuyée dans la durée sur des mises en situation concrète, permettant la maturation et l'expression progressive du projet de vie de la personne ;

- le projet de soins étant indissociable du plan d'accompagnement dans les différentes dimensions de la vie sociale, l'évaluation nécessite un partenariat actif entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes de soins ;

- il est nécessaire de s'appuyer sur un triptyque de l'expertise : celle de la personne, en premier lieu, celle de son entourage et celle des professionnels de terrain qui l'accompagnent ;

- le poids majeur de l'environnement, la réalisation ou la non-réalisation des activités sont, pour cette population encore plus que pour les autres, conditionnés non seulement par des limitations attribuables à la personne et à l'effet des déficiences dont elle souffre, mais surtout par la rencontre de ces difficultés avec des environnements se comportant comme des facilitateurs ou des obstacles. Une évaluation soigneuse et une prise en compte de l'impact de l'environnement sont certainement des facteurs majeurs d'une réussite dans la durée de l'accompagnement de ces personnes.

chapitre 5 :

Aides techniques et aides humaines

renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accompagnement

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

5.1. Appuyer la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile

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

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

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

Des conventions avec les départements

En 2006, dix conventions avaient été signées avec les conseils généraux. En 2008, la généralisation de cette politique de conventionnement a été décidée par l'État et la CNSA, les conventions départementales ayant vocation à remplacer, dans les territoires où elles sont passées, les conventions avec les associations locales d'aide à domicile. Cette politique reconnaît aux conseils généraux le rôle de chef de file en matière de développement des services à destination des personnes âgées et handicapées sur leur territoire, en cohérence avec la répartition des compétences prévue par la loi en la matière.

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

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

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

Enfin, les nouvelles conventions d'appui à la qualité de service signées en 2009 rendent compte de l'existence ou d'un projet de partenariat avec la CNSA sur la modernisation des services à domicile, dans un souci de meilleure visibilité des relations établies par la Caisse avec chacun de ses interlocuteurs locaux (*cf. partie 3 – chapitre 1*).

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

Il est également apparu utile de pouvoir s'appuyer sur les têtes des réseaux pour impulser des démarches fortes de modernisation et de professionnalisation dans les associations gestionnaires de services à domicile relevant de chacun d'eux.

Le renouvellement des conventions avec les grands opérateurs du secteur a été engagé, avec l'État, en 2008.

Après un premier protocole avec l'Union nationale des soins et des services à domicile (UNA) et l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), ce sont six conventions qui ont été signées en 2009 avec la CNSA pour un programme de modernisation.

- Deux conventions ont été signées avec la **Fédération ADESSA A DOMICILE** : l'une, le 17 juillet, a bénéficié d'une subvention de 491 908 € de la Caisse pour soutenir un programme de prévention des accidents du travail d'un montant total de 843 908 € sur trois ans ; l'autre, le 19 novembre, a bénéficié d'une subvention de 519 850 € de la Caisse pour soutenir un programme d'accompagnement aux démarches qualité d'un montant total de 969 010 € sur trois ans.
- La convention avec la **Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)** porte un programme de 1 201 570 € sur trois ans, cofinancé par la CNSA. Conclu le 1^{er} juillet, ce partenariat doit notamment permettre d'acquérir une meilleure connaissance des particuliers-employeurs en situation de perte d'autonomie, de leurs besoins et attentes, ainsi que des relations qu'ils entretiennent avec leurs salariés, grâce à des enquêtes pilotées par l'observatoire FEPEM, mis en place en 2007. Il s'agit également de concevoir, de mettre en œuvre et de promouvoir une politique innovante des ressources humaines adaptée au secteur des particuliers-employeurs et de valoriser les dispositifs de formation dédiés.
- La convention avec l'**Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCASS)** a été signée le 16 septembre. Elle concerne un programme de 1 040 700 € entre 2009 et 2011, auquel la CNSA contribue à hauteur de 832 560 €, soit 80%.
- La convention de déploiement avec l'**UNA**, signée le 27 juillet, pour soutenir le programme de modernisation du réseau dans les domaines de la généralisation des bonnes pratiques professionnelles, de la démarche qualité, de la politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), du développement des

structures de coopération et des opérations de mutualisation, de la gestion et l'organisation des structures, du système d'information et de la diversification de l'offre. Sur trois ans, le programme s'élève à 45 513 471 € auxquels la CNSA contribue à hauteur de 25 711 427 €.

- La convention signée avec l'OPCA **Uniformation** pour la qualification et la professionnalisation des personnels des associations d'aide à domicile afin de soutenir le développement des compétences et favoriser l'adaptation dans l'emploi d'environ 30 000 stagiaires pour l'année 2009. Le volume financier du programme s'élève à 29 610 000 € auxquels la CNSA contribue à hauteur de 13 000 000 €.

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

Représenté au Conseil de la CNSA, le secteur des services à domicile a saisi l'occasion de la séance d'installation du nouveau Conseil, le 20 octobre 2009, pour alerter les pouvoirs publics, en présence du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité, de la Famille et de la Ville, sur la situation financière critique de nombreux services. À la suite de ces déclarations, le ministre a demandé à l'administration d'engager une concertation sur ce sujet. La CNSA sera appelée à contribuer en 2010 à la mise en œuvre de certaines mesures envisagées en réponse à cette situation.

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

5.2. Un investissement croissant en matière d'aide aux aidants familiaux

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

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

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

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

- l'enquête réalisée auprès de cinq mille aidants par la DREES, dont les résultats sont disponibles depuis fin 2009, ainsi que l'appel à recherches « post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels » lancé par la DREES, qui a permis de retenir trois projets plus particulièrement en lien avec la question des aidants (cf. *partie 3 – chapitre 6*), l'un et l'autre soutenus par la CNSA ;
- le soutien à l'étude sur les besoins et les attentes des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches aidants conduite par le GRATH auprès de cinq cents aidants.

La mesure 1 du plan Alzheimer consacrée au développement et à la diversification des solutions de répit à destination des aidants a conduit la CNSA, en partenariat avec la DGAS, à approfondir la compréhension des besoins des aidants et à mettre en place des expérimentations de formules de répit innovantes (*cf. partie 3 – chapitre 2*).

La formation des aidants familiaux : nouvelle mission de la CNSA

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

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

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

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

5.3. Favoriser l'accès à des aides techniques toujours plus innovantes

Éclairer les prix des aides techniques

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

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

nomenclature modulaire par les professionnels en leur fournissant un logiciel d'aide à la prescription et à la préconisation.

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

Conduite par un prestataire extérieur, la société Alcimed, de février à novembre 2009, elle a permis de dresser un état des lieux de la prise en charge, des marchés et des prix de trois aides techniques - prothèses auditives, aides à la communication pour déficients visuels et fauteuils roulants - au Royaume-Uni, en Allemagne, en Suède, en Italie et en Espagne. Elle avait pour objet de comprendre les systèmes de prise en charge en place en Europe, de caractériser l'offre disponible et la demande afin de capitaliser sur les bonnes pratiques et d'optimiser la prise en charge des produits en France.

Structurer le réseau d'information et de conseil

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

En 2009, la Fédération nationale des CICAT (FENCICAT) a souhaité engager une réflexion sur son organisation en expérimentant la mise en place de plates-formes régionales. Ces nouveaux centres de ressources et d'expertise spécialisés, expérimentés dans quatre grandes régions (Alsace/Lorraine, Aquitaine, Bretagne/Pays de Loire, Île de France), doivent faciliter l'accès à l'information sur les aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les professionnels, grâce à la constitution d'un réseau pluridisciplinaire (prescripteurs, financeurs et distributeurs) sur l'ensemble du territoire.

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

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

Lancement des centres d'expertise technique

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

Au premier semestre, une recherche documentaire et des entretiens avec les principaux acteurs repérés - académiques, industriels et professionnels de la perte d'autonomie - ont

été menés pour le compte de la CNSA par un prestataire extérieur pour établir une analyse de l'existant ainsi que des scénarios budgétaires pour la création des centres.

L'appel à candidatures a été lancé à l'automne 2009 pour sélectionner les entités les plus à même de remplir les missions concourant à cet objectif dans quatre domaines thématiques identifiés : mobilité, stimulation cognitive, interfaces fonctionnant à l'aide des technologies de la communication et de l'information, robotique. La sélection définitive aura lieu en avril 2010.

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

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

Soutenir le développement de solutions innovantes

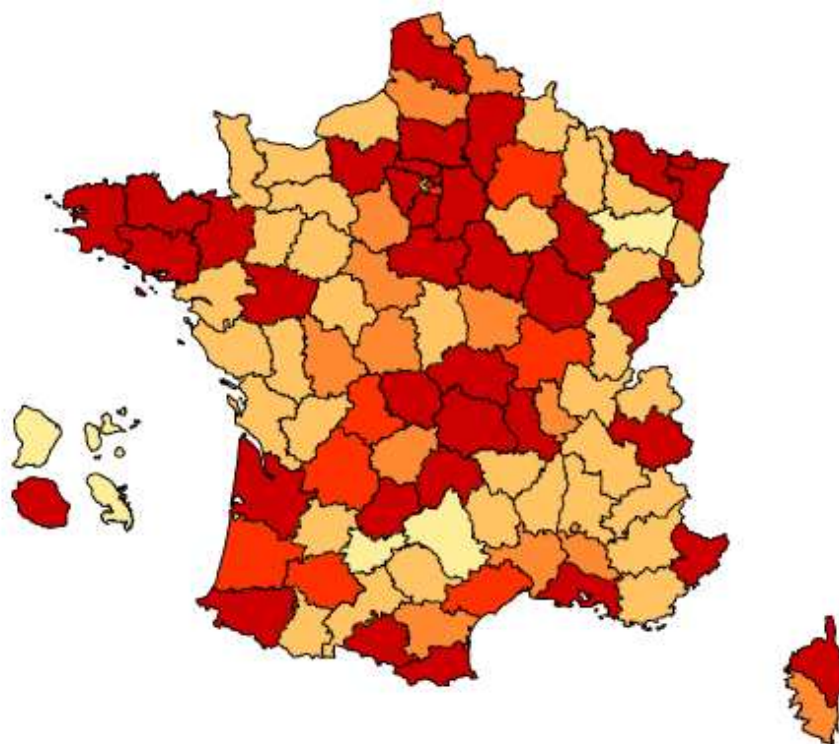
Depuis 2007, la CNSA est engagée auprès de l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le développement de l'innovation. L'un des leviers de l'adaptation de l'innovation aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées est le cofinancement de projets de nouvelles technologies au service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

- l'appel à projets TecSan. En 2009, le thème retenu concernait les solutions au service des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, conformément au plan Alzheimer. La CNSA y a consacré 1 M€. deux projets ont été retenus ;
- le programme européen *Ambient Assisted living*, dans lequel la CNSA est engagée pour sept ans et qui a donné lieu à deux appels à projets. Le premier a permis de retenir quatre projets cofinancés par la CNSA.

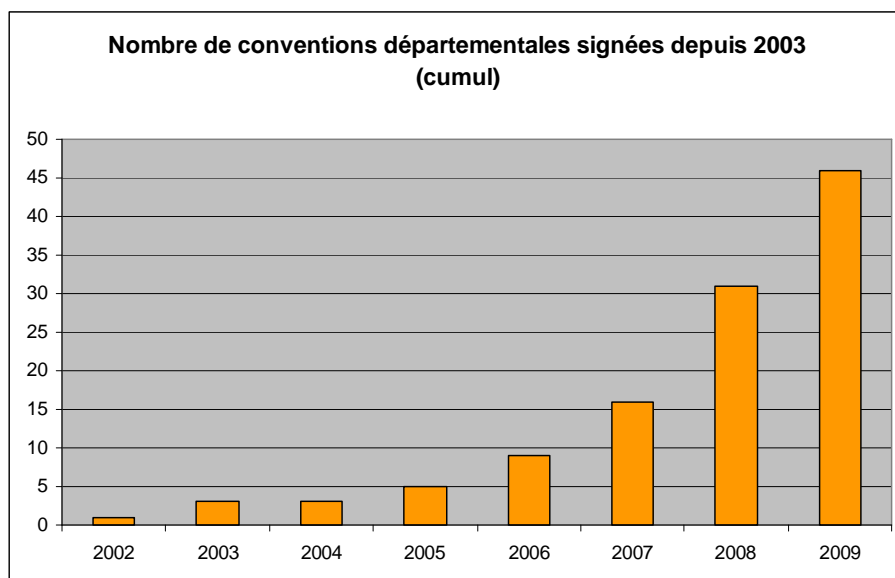
Le secteur des technologies au service de l'autonomie prend une place croissante dans les débats relatifs à l'aide à l'autonomie. Ainsi, dans le cadre du dix-neuvième Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie, du 5 au 9 juillet 2009, à Paris, a été présentée la première « *Gerontechnoplatform*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

Encadrés :

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



- Conventions signées
- Conventions en cours de renouvellement
- Conventions dont la signature doit intervenir au cours du 1^{er} semestre 2010
- Départements ayant engagé une réflexion
- Pas de réflexion connue



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

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se sont associées en novembre 2009 pour accompagner les conseils généraux dans la mise en place d'un dispositif de tiers-payant pour le paiement des cotisations sociales du CESU

préfinancé par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

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

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

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

chapitre 6 :

Système d'information et recherche

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

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

6.1. Investissement dans les outils de connaissance des besoins et de l'offre

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

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

Les grands instruments de recherche

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

Avant de faire appel à la communauté scientifique pour l'exploitation des données elles-mêmes, la CNSA et la DREES ont décidé d'affiner le dispositif d'enquêtes publiques en sollicitant des recherches qui mettent à l'épreuve d'une démarche qualitative les protocoles des enquêtes Handicap Santé en ménages ordinaires (HSM) et aidants informels (HSA), afin d'évaluer ces dispositifs et de formuler des recommandations d'amélioration pour les futures enquêtes portant sur les mêmes thèmes. Il sera également fait appel aux chercheurs pour exploiter les données, à partir de 2010.

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

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

Les nombreux acteurs – notamment locaux - qui interviennent sur le champ de l'aide à l'autonomie ressentent le même besoin de connaissance et conduisent ainsi, chacun pour son compte, des travaux pouvant intéresser leurs partenaires. Il est apparu dès 2008 au Conseil scientifique de la CNSA qu'un travail méthodologique était nécessaire pour partager les définitions des données disponibles dans ce secteur afin d'éviter la non-cohérence des informations recueillies. Un travail d'élaboration d'un **guide pour la valorisation des données locales** a été entrepris en 2008 par la commission sur l'information territoriale du Conseil scientifique, qui réunit, autour de la CNSA, la DREES, le Conseil national de l'information statistique, des conseils généraux, l'ADF, l'ODAS.... Il comprend trois cents indicateurs provenant de quatre-vingt-seize sources d'information différentes. Achevé début 2010, le guide sera diffusé au premier semestre de la même année et sera notamment utile aux nouvelles ARS et aux conseils généraux dans leurs exercices respectifs de planification.

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

Le partage des informations recueillies par les MDPH

La loi de 2005 a prévu que les MDPH transmettent à la CNSA les données relatives à leur activité, à leurs décisions ainsi qu'aux caractéristiques des personnes concernées. Elle définit ainsi les bases du système d'information partagé dont la CNSA a entrepris la construction il y a près de quatre ans. Outil indispensable au suivi de la mise en œuvre de la loi au niveau national, ce système d'information a surtout été conçu, de façon plus ambitieuse, comme un outil de pilotage des politiques d'aide à l'autonomie des personnes handicapées pour les acteurs locaux comme pour l'ensemble des partenaires nationaux intéressés. Il doit notamment permettre de mieux appréhender la demande en matière d'établissements et services médico-sociaux pour adapter l'offre, en appui aux travaux territoriaux de diagnostic des besoins.

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre de la mission IGAS/IGF (*cf. partie 3 – chapitre 3*), la CNSA a réalisé une première enquête sur le suivi de la campagne tarifaire. La mise en œuvre d'un outil de suivi de campagne utilisé par toutes les ARS devient un objectif prioritaire pour la CNSA dès 2010. Le développement de REBECA (remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs) pour le macroprocessus d'analyse financière et économique sur le secteur

des personnes handicapées permet, quant à lui, d'augmenter le niveau de connaissance des acteurs sur le niveau et la formation des coûts en établissements et services.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a confié à la CNSA une onzième mission, inscrite à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles : « *Réaliser (...) une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent (...)* ». La mise en œuvre de cette nouvelle mission confiée à la CNSA devra être discutée dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

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

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

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

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

6.2. Structuration de la recherche

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

L'organisation de colloques scientifiques

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

C'est dans cet esprit qu'ont été conçus les deux colloques organisés par la Caisse en février et mars (*cf. partie 3 – chapitre 4*), tous deux sur la question de l'évaluation des besoins et des situations des personnes.

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

chercheurs, les professionnels, les usagers et les décideurs. Outil de valorisation de plusieurs études pilotées par la CNSA, elles ont également permis d'identifier, pour les besoins de la Caisse, un réseau international de chercheurs sur la question de l'évaluation.

D'avantage tourné vers la valorisation d'une recherche-action conduite pour la CNSA sur l'évaluation du handicap psychique, le colloque du 23 mars est venu illustrer l'indispensable coopération entre professionnels des champs sanitaire et médico-social autour de la santé mentale.

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

La convention de soutien à la recherche signée le 23 octobre 2008 entre la CNSA et la DREES prévoit parmi plusieurs modes d'intervention le principe d'un appel à projets permanent. Mis en œuvre en 2009, cet appel est ouvert à l'ensemble des disciplines concernées par le handicap et la perte d'autonomie (de la sociologie aux sciences de l'ingénieur en passant par l'épidémiologie, les sciences politiques, etc.). Les projets peuvent s'intéresser aux populations, à leurs besoins, aux équipements, aux services ou encore aux politiques publiques. Cet appel à projets vise à renforcer le secteur de la recherche portant sur le handicap et la perte d'autonomie par :

- le soutien apporté à des équipes ou à des porteurs de projets individuels dans trois champs principaux - l'aide au montage de projets de recherche, la valorisation (publications, colloques) et l'ouverture vers l'Europe et l'international ;
- l'attribution d'un prix de thèse ainsi qu'un prix de master 2 de recherche dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie ;
- une démarche proactive de soutien à des réseaux de recherche ;
- des initiatives communes d'appel à recherches (pour le soutien aux jeunes chercheurs).

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

Onze projets ont pu être retenus à l'issue de deux vagues de sélection.

Trois prix de recherche ont été attribués :

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

La mobilisation des disciplines économiques

Le développement d'études et de recherches économiques sur le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie est un besoin important pour les

responsables publics. En charge de la répartition de financements importants, la CNSA serait la première intéressée par les résultats de tels travaux.

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

6.3. Valorisation et diffusion de la connaissance

L'action de la CNSA en matière de soutien aux études, recherches et actions innovantes s'appuie sur la section V de son budget, dotée de 20 M€ par an depuis 2006. Après une année d'amorçage en 2006, cette politique monte en puissance : une trentaine de projets ont été soutenus en 2007, une quarantaine en 2008 et en 2009, auxquels il convient d'ajouter les projets retenus dans le cadre des appels à projets lancés par les partenaires de la Caisse avec son soutien financier (*cf. ci-dessus*).

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

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

Favoriser l'appropriation des résultats

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

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

La CNSA s'est également plus largement impliquée dans la communication sur des projets particuliers, à travers l'organisation des deux événements scientifiques sur l'évaluation cités plus haut ou en réponse aux sollicitations des porteurs de projets eux-mêmes (exemple : participation à la conférence de presse pour le lancement du projet T-Seniority porté par la FNAQPA le 9 avril ou à la conférence de presse du rapport sur l'accueil temporaire réalisé par le GRATH, le 5 novembre).

Plus de visibilité pour mieux communiquer

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

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

- La communication institutionnelle fait connaître la CNSA, son Conseil, sa gouvernance, ses missions et ses actions, dans le champ de l'aide à l'autonomie : essentiellement appuyée sur le rapport annuel (diffusé à plus de 2 000 exemplaires) et *La lettre de la CNSA* (trois numéros par an), elle bénéficie désormais de nouveaux supports tels que *L'essentiel*, *Les mémos de la CNSA* (onze fiches), *Les mots-clés de l'aide à l'autonomie* (deux publications : *Évaluation* et *Compensation*). Une version électronique de *La lettre de la CNSA* a été créée en 2009 (diffusion à plus de 6 000 contacts avec un taux d'ouverture remarquable de 45%).
- Les supports d'information technique ont été mis en place pour valoriser les chantiers, les études et les recherches menés ou soutenus par la CNSA : les *Dossiers techniques* et les *Dossiers scientifiques de la CNSA*, le *Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2010*.
- En appui de la communication réseau, la direction de la communication édite deux sortes de supports : *MDPH, d'un département à un autre* (un numéro par an), *Les tirés à part du Journal de l'action sociale* (dix numéros).

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

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

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

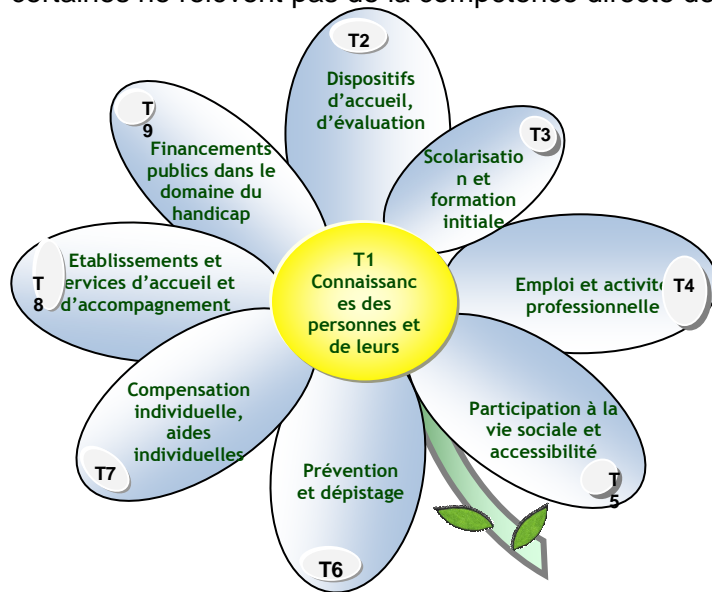
Les services documentaires continuent, enfin, de se développer en appui aux services de la CNSA dans le lancement de leurs travaux.

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

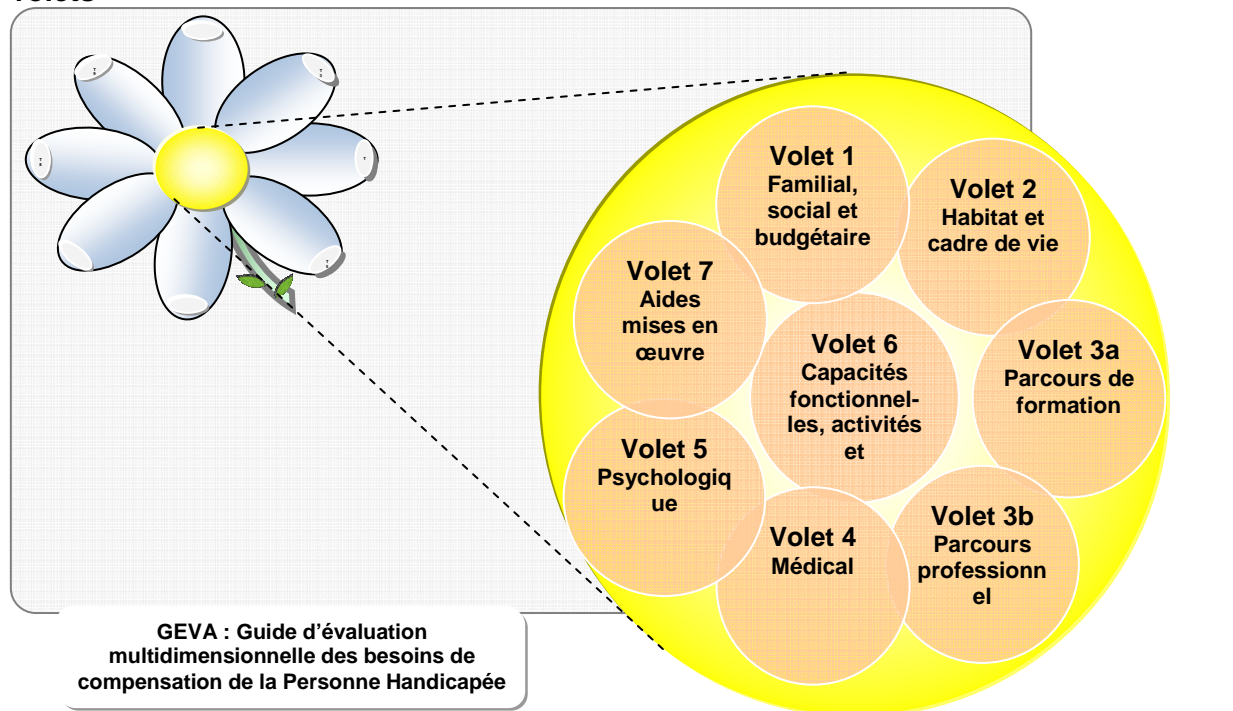
Encadrés :

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

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



L'évaluation est au centre de ce système et s'articule autour du GEVA et ses différents volets



Le Conseil scientifique : bilan de fin de mandat

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

Son bilan, fourni, comprend :

- des travaux faits à la demande de la direction de la CNSA

- sur l'évaluation des besoins des personnes : la commission créée en 2006 a notamment accompagné l'organisation des rencontres scientifiques de février 2009 et la mise en place et le suivi du GEVA ;

- sur l'enquête Handicap Santé et ses différentes exploitations, une commission créée en 2006 et ayant fonctionné jusqu'en 2008 a aidé à définir les attentes de la CNSA ;
- sur la recherche en sciences humaines et sociales (SHS) dans le domaine d'Alzheimer, le groupe mis en place en soutien à la Fondation de coopération scientifique Alzheimer (FCS) a notamment permis de concevoir le texte du premier appel à projets de recherche lancé dans le domaine des SHS par la FCS en 2009 ;

- des travaux sur proposition du Conseil ou d'un de ses membres

- la question des handicaps rares et des polyhandicaps - une commission du Conseil scientifique a travaillé de 2007 à 2009 de manière très intense à l'élaboration du schéma national handicaps rares ;
- La notion d'autonomie et le champ couvert par la perte d'autonomie - il a été mis en place une commission pour travailler sur la place du médico-social dans les ARS, qui a appuyé les services de la CNSA dans le cadre de la réflexion sur l'élaboration du projet régional de santé, en illustrant notamment le champ du médico-social avec des exemples comme celui des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- la mise en place de centres d'expertise technique nationaux - un travail engagé en 2006 a conçu le cahier des charges des futurs centres d'expertise et permis de lancer un appel à projets fin 2009 ;
- le partage des informations territoriales - la commission installée en 2007 et toujours en fonctionnement a accompagné l'élaboration du guide sur les données locales ;
- les colloques et l'animation scientifique - une commission créée en 2007 avait pour objectif d'identifier différents moyens pour développer le tissu de recherche dans ce domaine avec en particulier des actions vis-à-vis de scientifiques de domaines connexes et aussi le besoin de renforcer les liens entre chercheurs et professionnels. Ses réflexions ont abouti à la mise en place des rencontres scientifiques et de la convention entre la DREES et la CNSA pour le soutien à la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie ;
- les travaux sur les comparaisons internationales ont été repris par le Conseil scientifique en séance plénière après les premiers travaux d'une commission spécialisée sur ce sujet.

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

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

Encadré focus :

Mieux cerner les besoins de compensation des enfants handicapés

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

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

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

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

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

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

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