

27 La Lettre CNSA

La Lettre d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Interview

« Prévenir la rupture pour éviter qu'elle ne se produise. »

Denis Piveteau,
conseiller d'État,
ancien directeur de la CNSA

Lire page 6

Panorama

Établissements
et services
médico-sociaux :
les EHPAD en 2013

Lire page 3

REPÈRES

322 460

C'est le nombre d'élèves
handicapés scolarisés en
France à la rentrée 2013,
dont 239 160 étaient
scolarisés en milieu
ordinaire.

Source : Direction générale
de l'enseignement scolaire

Dossier

Affirmer la citoyenneté de tous



Le Conseil de la CNSA formule tous les ans, dans le rapport d'activité de la Caisse, des propositions sur l'évolution des politiques publiques de l'aide à l'autonomie. Cette année, il a porté le champ de sa réflexion et de ses propositions sur la pleine association des personnes âgées et des personnes handicapées à la construction de ces politiques.

Instance qui porte la parole de la société civile et des acteurs du champ de l'autonomie, le Conseil de la CNSA a formulé 31 préconisations pour affirmer la citoyenneté de tous, autrement dit pour reconnaître de façon concrète la parole et la pleine participation des personnes âgées et des personnes handicapées aux consultations et aux décisions.

Les vertus de la participation des personnes

La prise en considération de la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et la participation à la vie politique et civique sont **les conditions de leur citoyenneté pleine et entière**. Le Conseil de la CNSA affirme son attachement à ce que les efforts engagés dans ce sens se poursuivent.

suite pages 4/5 >>>

➤ **DOSSIER 1/4/5**
Affirmer la citoyenneté de tous

➤ **PANORAMA 2/3**
CNSA, Départements et services d'aide à domicile, acteurs de la modernisation du secteur

➤ **INTERVIEW 6/7**
Denis Piveteau, conseiller d'État, ancien directeur de la CNSA

Sommaire

➤ **EN BREF 8**

➤ **AGENDA 8**

Territoires

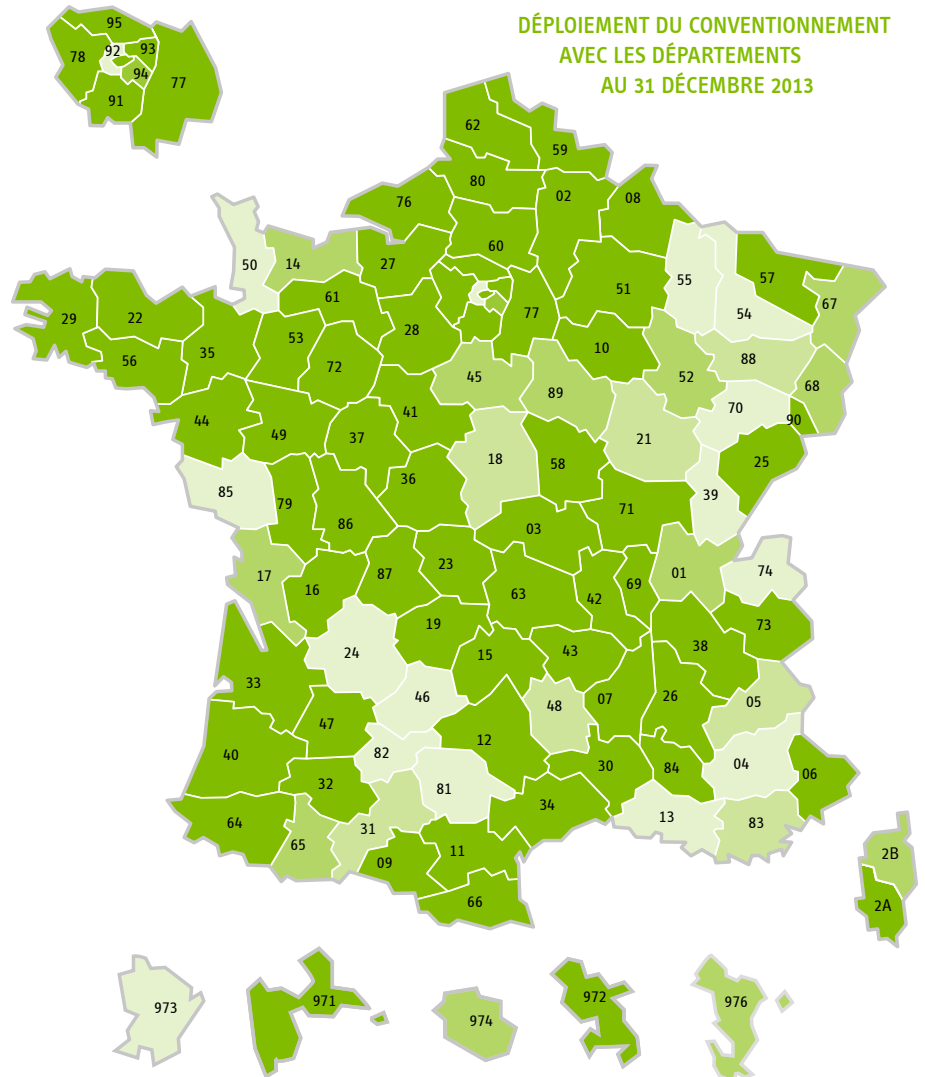
CNSA, Départements et services d'aide à domicile, acteurs de la modernisation du secteur

Depuis une quinzaine d'années, les dispositifs d'aide à domicile se multiplient afin d'accompagner les personnes âgées et les personnes handicapées qui souhaitent rester à domicile malgré leur perte d'autonomie. Ces sept dernières années, la CNSA a accompagné 81 conseils généraux qui conduisent des programmes de modernisation de la gestion, de structuration des services et de renforcement de la qualité des prestations. Premier bilan.

Les conventions signées par la CNSA avec les Départements se fondent sur une analyse des besoins locaux par le conseil général, qui propose ensuite un plan d'action. Le conseil général, dans le cadre de ce plan d'action, met alors en œuvre des projets variés, tels que la **structuration des services, le développement de l'offre, la modernisation du système de facturation, la promotion et la valorisation des métiers ou encore le soutien aux aidants familiaux**. Le pilotage du plan d'action par le conseil général permet de garantir sa cohérence avec les autres aspects de la politique départementale d'aide à l'autonomie, dans le cadre des schémas départementaux. Afin d'évaluer l'impact de son intervention, la CNSA a lancé, en 2013, une **évaluation externe qui a porté sur les conventions départementales signées avant mars 2012**.

L'analyse montre que la réussite des programmes repose essentiellement sur un portage fort des Départements adossé à un travail de diagnostic de l'offre de services sur le territoire. Cette approche permet alors de définir une stratégie territoriale pertinente, un suivi et une animation continue des acteurs. Cette évaluation permet en outre à la CNSA de préciser les orientations de son action en faveur du secteur de l'aide à domicile.

Les futures conventions devront privilégier des actions structurantes, qui répondent à des problématiques précises, comme la **mutualisation, l'architecture des systèmes d'information, les ressources humaines ainsi que l'accompagnement des plans nationaux**, à partir d'un diagnostic territorial.



- Conventions signées en cours d'exécution (66)
- Projets finalisés (procédure de contreseing engagée) (1)
- Projets à l'étude (renouvellement de conventions ou nouveaux programmes) (12)
- Départements ayant engagé une réflexion (7)
- Aucune réflexion engagée (12)

Les EHPAD et leurs résidents en 2013

La CNSA a analysé l'offre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2013. Elle s'est intéressée aux modalités de tarification, aux options tarifaires, ainsi qu'aux résidents, à leurs pathologies et à leurs conditions de médicalisation. Arrêt sur image.

Au 31 décembre 2013, 6865 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en fonctionnement étaient tarifés par les agences régionales de santé, ce qui représente 572 042 places, soit une capacité moyenne de 83 places d'hébergement permanent par établissement. Ces EHPAD appartiennent majoritairement au secteur public (43% du parc, soit 51% des places) ; viennent ensuite le secteur privé à but non lucratif (31%, soit 27% des places) et le secteur privé commercial (26%, soit 22% des places).

Option tarifaire et modalité de tarification

L'option tarifaire la plus répandue est le tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur (71% des EHPAD) ; 15% des établissements disposent d'un plateau technique complet (prestations paramédicales, médicaments) en optant pour le tarif global avec une pharmacie à usage intérieur.

Fin 2013, 5774 EHPAD étaient financés sur la base du GIR moyen pondéré soins (GMPS). Autrement dit, l'enveloppe qui leur est allouée en remboursement des prestations de soins qu'ils délivrent est déterminée à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'éta-

blissement (mesuré par la grille AGGIR) et par les soins médico-techniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies. Un millier d'établissements étaient toujours financés selon DOMINIC. Ils devront donc renouveler leurs conventions tripartites pour pouvoir se mettre en cohérence avec les nouvelles modalités de tarification au GMPS. C'est ce qu'ont fait 1099 EHPAD l'an dernier. L'année 2013 marque un tournant, puisque les établissements étaient dix fois plus nombreux à avoir fait la démarche entre 2012 et 2013 qu'entre 2011 et 2012.

55% des résidents en GIR 1 ou 2

Les trois quarts des résidents en EHPAD sont des femmes âgées de 86 ans, majoritairement en GIR 1 et 2.

L'étude de la CNSA, issue du bilan des coupes PATHOS, confirme que **les EHPAD accueillent une population de moins en moins autonome et dont le besoin en soins s'accroît**. Techniquement, cela se traduit par une augmentation des composantes du GMPS: le GIR moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP). Le GMP est passé de 687 à 693, preuve que les résidents sont de moins en moins autonomes, et le PMP de 192 à 198, signe que la charge en soins s'alourdit.

En moyenne, en 2013, les résidents présentaient huit pathologies (hypertension artérielle, démence, troubles du comportement, syndrome abdominal, état dépressif, dénutrition, insuffisance cardiaque, diabète). La part de certaines pathologies augmente, mais cela ne signifie pas nécessairement que plus de résidents en souffrent. Certaines sont mieux diagnostiquées et mieux prises en compte. Par exemple, la création des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcé dans les EHPAD amène les médecins à mieux identifier les troubles psychiatriques et comportementaux.

➤ Le rapport est disponible sur www.cnsa.fr, rubrique AGGIR/PATHOS

Notions clés

Le GMP (GIR moyen pondéré)

Le GMP est le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP de l'établissement est élevé. Il est mesuré par la grille AGGIR.

Le PMP (PATHOS moyen pondéré)

Le PMP est le niveau de soins médicaux et techniques donnés aux résidents compte tenu de leurs pathologies. Le PMP de l'établissement est déterminé grâce à une « coupe PATHOS » réalisée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD et validée par l'agence régionale de santé.

Le GMPS = GMP + PMP

Il permet d'attribuer aux établissements la dotation « soins », financée par l'assurance maladie, dans le cadre de la convention tripartite signée par l'établissement. Le GMPS a été créé en 1997 pour remplacer le mode de tarification DOMINIC.

Refonte en cours du logiciel GALAAD

La CNSA travaille actuellement à une nouvelle version du logiciel GALAAD, utilisé par les médecins des agences régionales de santé, des conseils généraux et les médecins coordonnateurs des EHPAD et des unités de soins de longue durée. Ils y saisissent les données issues des évaluations réalisées avec les outils AGGIR et PATHOS, évaluations du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins médicaux et techniques des résidents, qui déterminent en partie le budget de l'établissement. Objectifs : sécurisation de l'application, amélioration de l'ergonomie...

Le nouveau GALAAD entrera en fonction en janvier 2015.

suite de la une

Affirmer la citoyenneté de tous



Interview de Cédric Mametz, président de Nous aussi

(Association française des personnes handicapées intellectuelles)

« Il faut reconnaître, une fois pour toutes, que la personne handicapée intellectuelle est là, qu'elle a le droit de vivre. Elle a des souhaits, des envies, elle veut être considérée comme tout citoyen à part entière et décider pour elle-même.

Nous ne sommes pas différents, nous sommes autrement capables.

C'est très important pour nous qu'une association constituée de personnes handicapées intellectuelles nous représente, revendique nos droits.

Parfois, dans les réunions d'instances auxquelles je participe, ce n'est pas facile. Les autres ne s'adaptent pas assez. Il arrive que j'intervienne, pour dire que cela va trop vite ou que je n'ai pas compris.

Il faut du courage pour le faire. L'accessibilité est un sujet qui nous tient à cœur. L'an dernier, lors de l'assemblée générale de Nous aussi, nous avons décidé de réaliser un guide de sensibilisation auprès des élèves, pour leur expliquer ce qu'est une personne handicapée intellectuelle. C'est ce genre de pratique qui, petit à petit, fait changer les mentalités. »

La participation et la prise de parole sont également une **source de « pouvoir d'agir »** (ou d'*empowerment*) pour les personnes, qui doivent pouvoir faire leurs choix, et un **facteur important d'évolution des pratiques professionnelles**. Les acteurs publics et les professionnels doivent prendre conscience de la valeur ajoutée que les personnes peuvent apporter, à partir de leur expertise du quotidien. Leur connaissance concrète et incarnée des situations permet de mieux concevoir les dispositifs. Le Conseil préconise donc d'insister dans la formation des professionnels sur l'intérêt et les modalités de la participation et sur le fait que l'accompagnement de cette prise de parole fait partie intégrante de leur travail.

La participation des personnes ne peut être réellement effective qu'à certaines conditions

La participation des personnes aux instances de décision ou de concertation nécessite d'**améliorer l'accessibilité des espaces de participation**. C'est autant

ne plus exclure les personnes handicapées intellectuelles.

Dans les situations où la mise en accessibilité des dispositifs de droit commun ne suffit pas, la **compensation des difficultés individuelles** est aussi nécessaire pour donner à chacun des opportunités réelles de participer : par exemple *via* des formations à la prise de parole et au fonctionnement des instances de participation ou *via* l'accompagnement de la personne vulnérable par un tiers (qui ne doit ni formater ni censurer sa parole).

Le Conseil rappelle que **la participation des personnes est largement une question de culture et de volonté**. Le projet de l'École des hautes études en santé publique de créer un Institut de l'utilisateur centralisant la connaissance et les expériences des différents secteurs rejoint la volonté du Conseil de partager une culture participative. Dans le secteur médico-social, les progrès sont importants depuis la loi 2002-2, qui promeut



une question de locaux que de langage, de rythme des échanges, de modalités d'animation des réunions et de climat d'écoute réciproque. Le Conseil recommande notamment de généraliser l'utilisation des règles européennes du « facile à lire et à comprendre » afin de

le développement des droits des usagers des établissements et services médico-sociaux. Mais la création des instances de participation et le dynamisme de leur fonctionnement dépendent encore beaucoup de la volonté des gestionnaires. Ces instances, les conseils de la vie sociale



notamment, restent peu lisibles pour les principaux intéressés, et difficiles à faire vivre.

Plus largement, les personnes qui vivent à domicile, mais aussi en établissement, sont des habitants d'un territoire, et à ce titre ont des choses à dire pour éclairer l'ensemble des politiques publiques qui y sont conduites. Des modalités innovantes de prise en compte de la parole des habitants commencent à se développer. Il est important aussi de ne pas seulement associer les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie aux politiques gérontologiques ou du handicap, mais de tenir compte de leur parole bien plus largement pour adapter et améliorer toutes les autres politiques. C'est ce que fait le conseil général du Gard, qui, avec la Charte gardoise de la concertation citoyenne, s'engage à mettre en œuvre des démarches de participation

citoyenne pour tous les schémas départementaux et les évaluations des politiques publiques départementales.

Aller au-delà de la participation, vers la coconstruction

Pour le Conseil de la CNSA, **il faut aller plus loin que la consultation des personnes; tout d'abord en donnant des suites aux avis exprimés** par les personnes et leurs représentants, ensuite **en mettant en place une véritable coconstruction qui ne se limite pas à une simple consultation**. Le projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement devrait permettre de poursuivre sur cette lancée avec le **Haut Conseil de l'âge**.

Pour prendre connaissance, plus en détail, de la réflexion du Conseil et des 31 préconisations, consulter le rapport 2013 de la CNSA (www.cnsa.fr, rubrique « Les publications »).

Facile à lire et à comprendre

Les 31 préconisations ont été traduites selon les règles du français « facile à lire et à comprendre* », par les ateliers du Littoral dunkerquois. En voici un exemple avec la préconisation n°9 : permettre mais bien encadrer l'intervention de tiers en appui des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans les instances de participation, afin d'éviter toute confiscation ou censure de leur parole.

- 9 Donner la possibilité à la personne accompagnée de se faire aider par quelqu'un pour participer, s'exprimer.

Grâce à cette aide, la personne est mieux écoutée et respectée.



Accessibilité de l'information publique aux personnes en situation de handicap mental

Les personnes âgées et les personnes handicapées ont le droit comme tout le monde d'accéder à l'information pour faire des choix et prendre des décisions par elles-mêmes. La CNSA mène actuellement une réflexion sur l'accessibilité de l'information publique afin de mettre à disposition du grand public une information de qualité, facile à comprendre et à utiliser quelles que soient les déficiences (auditives, visuelles ou intellectuelles).

En mars dernier, la direction de la communication, en lien avec la direction scientifique, a lancé un appel à projets « Accessibilité de l'information publique aux personnes en situation de handicap mental ».

Les résultats seront publiés prochainement sur www.cnsa.fr.

* Les règles sont consultables à l'adresse suivante : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacilesAlire.pdf



Denis Piveteau

conseiller d'État, ancien directeur de la CNSA

Denis Piveteau, conseiller d'État et ancien secrétaire général des ministères sociaux, a été missionné par le gouvernement pour proposer des solutions aptes à faciliter l'accueil durable des personnes en situation de handicap exposées à un risque de rupture de prise en charge. Il fut, entre 2004 et 2008, le premier directeur de la CNSA.



Prévenir la rupture pour éviter qu'elle ne se produise.



Vous préconisez, plutôt que des réponses à des situations particulières, une coresponsabilité de tous les partenaires qui garantisse une absence de rupture de parcours pour chaque personne en situation de handicap. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Notre conviction absolue est qu'on ne répond pas sérieusement aux situations de rupture extrême en se contentant de mettre en place des réponses d'exception. Parce que l'enjeu n'est pas de « guérir » une fois que la rupture est là, mais de prévenir pour éviter qu'elle ne se produise. Le « zéro sans solution » n'est un objectif crédible que s'il repose sur la vigilance et l'anticipation, et celles-ci vont, du coup, concerner pratiquement toutes les situations de handicap. Quand un carrefour sans feux tricolores crée des accidents de la circulation, il est inutile de renforcer la surveillance des chauffards si on ne met pas d'abord en place, pour tout le monde, des feux tricolores ! Par ailleurs, aussi bien pour anticiper que pour bien gérer les situations complexes, chaque acteur – qu'il s'agisse

des établissements et services médico-sociaux, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), des agences régionales de santé (ARS), des hôpitaux, etc. – exprime un besoin de moyens supplémentaires. Nous ne disons pas que cette perception est infondée, notamment en termes de formation et d'analyse de pratiques, ou d'équipements d'accueil de courte durée par exemple. Mais nous sommes sûrs qu'une bonne partie des moyens dont les uns ont besoin sont les ressources dont les autres disposent, et réciproquement. Quand on porte « lourd », il ne faut pas porter seul. Le mot de « coresponsabilité » est d'ailleurs, à cet égard, un peu ambigu, et nous ne l'employons pas : nous préférons parler de « responsabilités partagées », qu'il faut arriver à bien articuler, le cas échéant en mettant noir sur blanc, par écrit, certains protocoles de travail. Je pense tout particulièrement aux relations entre le monde hospitalier et le monde médico-social.

Placer les MDPH au cœur d'un processus d'orientation continu, n'est-ce pas une forme de légitimation de leur action, dix ans après leur création ?

De reconnaissance, sûrement, de l'immense énergie déployée par elles depuis bientôt dix ans, et de légitimation de leur rôle et de leur place. Car plus les responsabilités sont nombreuses et partagées, et plus se fait sentir la nécessité d'un « assembleur ». Aussi bien pour l'usager, qui ne doit pas être renvoyé d'interlocuteur en interlocuteur sous le prétexte qu'aucun d'entre eux ne possède tous les leviers nécessaires, que pour les différents responsables administratifs, financiers, éducatifs ou soignants, pour l'efficacité de leur action commune.

Pour autant, chacun s'accorde à reconnaître – et les agents et les responsables des MDPH les premiers – que la réalité est encore souvent à bonne distance de l'idéal.

Cela pointe je crois une des dimensions non abouties de la loi de 2005 : on a vu les MDPH comme des acteurs nouveaux, supplémentaires – ce que sans conteste elles étaient – mais pas assez comme des relais d'une action publique collective. Leur statut de groupement d'intérêt public (GIP) est pourtant là pour le rappeler : les MDPH ne sont pas des tiers sur lesquels on se décharge de responsabilités dont on ne voudrait plus, mais des « maisons communes » par lesquelles ces responsabilités de financeur, d'autorité de contrôle, de gestionnaire de ressources, etc. s'exercent autrement et ensemble. Sans remettre en cause le leadership du conseil général sur la marche des MDPH, il ne faut pas perdre de vue que le succès des MDPH, c'est l'affaire de tous ! Chaque membre du GIP doit investir l'action dont la MDPH est porteuse, pour ce qui concerne ses propres attributions. À cet égard, la MDPH doit pouvoir compter toujours plus sur la collaboration et l'expertise des établissements sanitaires et médico-sociaux de son ressort, et des associations qui rassemblent les personnes en situation de handicap et leurs familles. Afin qu'elle puisse assurer ce service fondamental de l'accompagnement dans la durée de chaque situation individuelle.

Quel rôle attendez-vous de la CNSA dans cette réorganisation de l'offre sanitaire et sociale ?

Sur les plans administratif et technique, la CNSA doit certainement consolider et amplifier ses intuitions fondatrices, qui font d'elle tout à la fois une instance d'appui à ce qu'on pourrait appeler les « maîtrises d'ouvrage » nationales et locales, que sont l'État et les collectivités territoriales, et un soutien aux « maîtrises d'œuvre » locales que sont les ARS et les MDPH : je pense à l'animation de réseau, par l'échange de pratiques évaluées et l'appui expert proche du terrain ; à la péréquation financière entre les territoires et le soutien aux projets innovants ; à l'élaboration et la mise en commun de référentiels et de méthodes de travail, etc. Un coup d'accélérateur serait nécessaire sur les actions de formation, et sur l'harmonisation de certains outils, notamment en matière de systèmes d'information. Des décisions sur ce sujet sont clairement attendues. Mais la CNSA c'est aussi, par son conseil scientifique, un lieu d'expertise sur les thèmes de recherche en lien avec les prises en charge complexes. Et c'est enfin un Conseil, espace de dialogue et de gouvernance partagée, dont le rôle – au seuil de beaucoup d'évolutions à conduire dans la durée – me paraît essentiel. Par exemple pour aider à définir le bon chemin des simplifications radicales de procédure que nous appelons de nos vœux dans le travail des

MDPH. Ou pour accélérer l'engagement de tous en faveur de « dispositifs » ou de « plateformes » plus intégrés et plus modulaires dans la réponse médico-sociale. Ou pour porter toujours plus haut l'ambition de l'intégration prioritaire en milieu ordinaire, qui est sans doute le point cardinal de toute l'évolution à conduire.

« Chaque membre du GIP doit investir l'action dont la MDPH est porteuse. »

À cet égard, il faut faire vivre aussi cette autre intuition fondatrice qu'était l'unité profonde, non pas des situations de handicap et de grand âge, comme on l'a quelques fois prétendu à tort (car il s'agit d'univers de vie et de projets bien différents !), mais de la perte d'autonomie que partagent, quel que soit leur âge, les uns et les autres. Notre rapport porte la conviction fondamentale que toutes ses propositions les plus structurantes, sur les appels à projets, sur l'approche par des « réponses » plutôt que par des « places », sur la coordination avec la médecine de ville et hospitalière, etc. valent pour toutes les situations de vie et de soins complexes, et donc bien au-delà du seul handicap *stricto sensu*.

À SAVOIR

Trio de femmes à la tête de la CNSA

La CNSA a accueilli le 4 août sa nouvelle directrice, Geneviève Gueydan, administratrice civile hors classe, conseillère en charge des politiques de solidarité et du logement à l'Élysée. Directrice adjointe du cabinet du maire de Paris de 2001 à 2004 en charge des politiques sociales, elle a ensuite occupé les fonctions de directrice de l'action

sociale, de l'enfance et de la santé de la ville de Paris jusqu'en 2012. Geneviève Gueydan succède à Luc Allaire, dont le mandat a pris fin le 31 juillet 2014. Avec Paulette Guinchard, présidente du Conseil de la Caisse, et Marie-Ève Joël, présidente du Conseil scientifique, la CNSA est désormais dirigée par un trio 100 % féminin.

Premier pas vers la modernisation

Logement - Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement a pour ambition de conforter et de dynamiser les logements-foyers, rebaptisés « résidences autonomie ». Construits dans les années 1960, 1970 et 1980, les logements-foyers doivent être rénovés pour s'adapter aux besoins des personnes âgées et aux nouvelles normes. La CNSA participe au financement de ces travaux à hauteur de 10 millions d'euros en 2014. Ces crédits, issus de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), sont délégués à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), chargée de la mise en œuvre par le gouvernement d'un plan d'aide à l'investissement dédié et avec laquelle la CNSA a récemment conventionné. Les structures candidates aux subventions seront sélectionnées par les caisses de retraite, sur la base d'une analyse de l'éligibilité de leurs projets. ■

Améliorer les partenariats

Autisme - Faciliter les démarches des familles, améliorer l'évaluation des besoins des personnes et la pertinence des réponses apportées : trois objectifs fixés par le plan Autisme qui mobilisent directement les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Pour les atteindre, les MDPH peuvent s'appuyer sur un certain nombre d'acteurs de terrain et notamment les centres de ressources autisme. Même s'ils se connaissent et travaillent ensemble, leur collaboration reste perfectible. Les uns et les autres se sont réunis à l'initiative de la CNSA le 23 septembre pour une journée d'échanges sur leurs pratiques de collaboration. Au programme, le recueil et l'exploitation des informations utiles à l'évaluation des situations, la coconstruction de réponses pertinentes et adaptées (outils de connaissance et de lecture de l'offre disponible et

notamment repères pour se prononcer sur la qualité et le contenu des accompagnements proposés, pratiques partagées au service des situations dites « complexes »). ■

Améliorer le service rendu

MDPH - Deux chantiers étroitement liés et très structurants pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont actuellement conduits, l'un baptisé IMPACT*, copiloté par la CNSA avec la DGCS et l'appui du SGMAP, l'autre, référentiel de missions de la MDPH/qualité de service. Les MDPH pourront ainsi améliorer le service rendu à leurs usagers au moyen d'outils et de procédures renouvelés.

Concernant IMPACT, un comité technique national regroupant les représentants des principales associations nationales de personnes handicapées s'est réuni à plusieurs reprises depuis juillet pour valider les outils (certificat médical, formulaire de demande, plateforme de téléservices) repensés par les MDPH et les associations des territoires pilotes (Calvados, Nord). À compter d'octobre, les équipes de ces deux MDPH évalueront chacune 200 situations de personnes handicapées à partir du formulaire actuel et de la nouvelle version. Elles échangeront et étudieront aussi 50 dossiers pour en faire une analyse croisée. L'évaluation de cette expérimentation est attendue pour le printemps 2015.

L'élaboration du référentiel de missions/qualité de service avance. Là encore, une version consolidée, réalisée par 20 maisons départementales et enrichie lors du séminaire des directeurs de MDPH en juin dernier, est soumise aux représentants des associations nationales de personnes handicapées. Après validation par les instances de la CNSA, ces référentiels seront annexés aux conventions d'appui à la qualité de service à conclure entre les conseils généraux et la CNSA en 2015. ■

* Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires (voir *La Lettre* n° 26).

Agenda

➤ **22 - 26 septembre 2014** : session de formation « prise de poste en MAIA » destinée aux pilotes (EHESP, Rennes)

➤ **23 septembre 2014** : réunion nationale d'échanges de pratiques entre centres de ressources autisme et MDPH

➤ **24 septembre 2014** : conseil scientifique

➤ **25 - 26 septembre 2014** : séminaire conjoint MDPH-Éducation nationale

➤ **8 octobre 2014** : rencontre nationale des référents pour l'insertion professionnelle

➤ **22 - 23 octobre 2014** : commissions du Conseil de la CNSA

➤ **23 octobre 2014** : colloque des centres d'expertise nationaux sur les aides techniques (CENAT) organisé avec le soutien de la CNSA

➤ **5 - 6 novembre 2014** :

3^{es} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie 3^{es} rencontres scientifiques : « Être aidant aujourd'hui », **Inscription jusqu'au 24 octobre** : www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr

5 et 6 novembre 2014 - Paris

➤ **8 - 12 décembre 2014** : session de formation « prise de poste en MAIA » destinée aux pilotes (EHESP, Rennes)

➤ **18 novembre 2014** : conseil de la CNSA

➤ **17 décembre 2014** : rencontre nationale des directeurs de MDPH

La Lettre CNSA

Lettre à diffusion limitée
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
66, avenue du Maine - 75682 Paris Cedex 14
Directeur de la publication : Geneviève Gueydan
Rédaction : Aurore Anotin, avec l'équipe de la CNSA
Maquette et réalisation : Confluence
Crédits photo : W. Alix, Bulcao, J.-M. Heidinger et O. Jobard, pour la CNSA
ISSN : 2267-07X
Impression : La Centrale - 62302 Lens Cedex
Dépôt légal : septembre 2014
Courriel : contact@cnsa.fr

www.cnsa.fr