Dossier du Conseil 17 avril 2018

Point n°6-2

Rapport 2017 de la CNSA

Version du 4 avril 2018



Sommaire

<u>1</u>	La CNSA	5
	1.1 Quatre grandes missions pour l'autonomie	6
	1.2 Convention d'objectifs et de gestion (COG) : bilan à mi-parcours	
	1.3 Le Conseil de la CNSA, conférence des parties prenantes	
	1.4 Le Conseil scientifique	
	1.5 Les équipes de la CNSA	
2	La vision prospective du Conseil	. 20
3	Rapport annuel	. 21
	3.1 Les grands chantiers de la CNSA en 2017	22
	3.2 Panorama des chiffres clés	
	3.3 Budget : la structure de financement et le budget exécuté en 2017	
	Les recettes de la CNSA	
	Les dépenses financées en 2017	26
	Les fonds propres dont dispose la CNSA	31
	3.4 Mieux connaître les besoins et favoriser un accès aux droits équitable	33
	Un système d'information commun pour harmoniser et transformer les pratiques des MDPH	33
	Le déploiement du système d'information de suivi des décisions d'orientation, élément clé de	la
	« réponse accompagnée »	36
	La répartition des financements en fonction des besoins des populations	
	Des outils pour adapter la réponse et tendre vers l'égalité de traitement	37
	3.5 Accompagner la transformation et l'évolution de l'offre pour des réponses	
	équitables, modulables et diversifiées	39
	L'accompagnement des territoires pour une modernisation et pour une professionnalisation d	
	l'aide et de l'accompagnement à domicile	
	L'accompagnement au déploiement de projets d'habitat inclusif : une démarche interministéri	
	mobilisant l'ensemble des parties prenantes	
	La poursuite des créations de places, l'évolution, la modernisation et la diversification de l'offi	
	Le déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »	
	La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre	
	Des outils pour suivre la transformation de l'offre	
	Les réformes de la tarification et de la contractualisation, leviers de la transformation de l'offre	
	3.6 L'animation, l'appui et les partenariats nationaux et territoriaux	
	Informer, animer, créer du lien	
	Les partenariats territoriauxLes partenariats nationaux	
	3.7 Le soutien à la recherche et à l'innovation	
	Le soutien à la recherche	67 67
	LE AUGUSTI A LA LEGUSTUTE	() /

Le soutien à l'innovation	70
3.8 La communication aux acteurs et au grand public	73
Le portail Pour les personnes âgées a trouvé son public	73
Des fiches faciles à lire et à comprendre pour les personnes en situation de handicap	73
Les publications de la CNSA	74
4 Glossaire	76
Glossaire	76

1 La CNSA

1.1 Quatre grandes missions pour l'autonomie

Établissement public de l'État, la CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Différents textes législatifs ont ensuite étendu ses missions, notamment la loi d'adaptation de la société au vieillissement. À la fois caisse, agence d'expertise et d'appui technique et réunion des parties prenantes elle exerce ses missions en partenariat étroit avec les acteurs nationaux et locaux de l'aide à l'autonomie. Elle met son expertise au service des réseaux qu'elle anime et des professionnels du secteur médico-social.

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

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

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

Pour suivre rigoureusement les dépenses, la CNSA doit disposer d'outils de pilotage robustes. Elle mène des chantiers conséquents de déploiement de systèmes d'information en lien avec les ARS et les MDPH pour faciliter leur gestion et leur pilotage.

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

Conformément à sa vocation législative, la CNSA favorise l'harmonisation des pratiques sur le territoire national en apportant :

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

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

des plans de créations de places dans les établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées;

- de la mise en œuvre des plans nationaux Autisme, Handicaps rares et Maladies neurodégénératives;
- du déploiement sur le territoire de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) dont l'objectif est de favoriser une meilleure articulation des différents intervenants au service des personnes âgées.

La CNSA apporte également son appui aux acteurs impliqués dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'objectif de la démarche est notamment de prévenir les risques de rupture dans l'accompagnement et d'améliorer l'adéquation des réponses aux besoins et attentes de toutes les personnes en situation de handicap.

Informer les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches

Cette mission a été confiée à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La CNSA met à disposition des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches des informations sur les aides disponibles et les solutions d'accompagnement sur le portail internet d'information et d'orientation <u>www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr</u>. Il est régulièrement enrichi.

Pour appuyer les MDPH dans leur mission d'information sur les droits des personnes handicapées, la CNSA met à disposition des fiches d'information sur les aides et les démarches rédigées en facile à lire et à comprendre.

Soutenir la recherche et l'innovation

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

Tous les deux ans, la CNSA organise des rencontres scientifiques qui traitent d'un thème important pour les politiques du handicap et de la perte d'autonomie en l'abordant par le prisme de travaux scientifiques. Les prochaines, qui auront lieu les 17 et 18 octobre à Paris, porteront sur les savoirs expérientiels : « De l'expérience à l'expertise – Comment mieux repérer, mieux mobiliser les savoirs expérientiels ? ».

2017 : les dates importantes pour la CNSA et son Conseil

Ce panorama chronologique sera inséré dans le rapport édité.

1.2 Convention d'objectifs et de gestion (COG) : bilan à miparcours

La COG 2016-2019 concentre un grand nombre d'actions sur le début de la période, avec des chantiers très structurants, comme la mise en œuvre de la loi ASV, le premier déploiement de la réponse accompagnée pour tous, la préparation des réformes tarifaires ou encore le système d'information commun des MDPH. À mi-parcours, les objectifs ont été respectés et un grand nombre d'actions ont été réalisées voire amplifiées ; s'y sont ajoutés des travaux parfois significatifs non prévus dans la COG.

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui définit son programme de travail et les moyens qui lui sont alloués pour le réaliser. La COG pour la période 2016-2019 a été approuvée par le Conseil de la CNSA le 9 février 2016. Elle s'articule autour de cinq axes stratégiques.

Un comité de suivi réunit la CNSA, les directions d'administration centrale (DGCS, DGOS, DSS, DB, DREES, SGMAS¹) et le contrôleur budgétaire pour faire le point sur l'avancement des actions. Le Conseil de la CNSA est tenu informé de la mise en œuvre de la COG.

Axe 1 : éclairer les besoins pour adapter les réponses individuelles et collectives

Progresser dans la connaissance des besoins et disposer de données consolidables est indispensable tant pour proposer des réponses adaptées et évolutives à l'échelle individuelle que pour éclairer les politiques de l'autonomie et orienter l'évolution de l'offre d'accueil et d'accompagnement au niveau collectif.

En 2017, la CNSA a poursuivi plusieurs chantiers dans cet objectif, notamment :

- La diffusion du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prenant en compte les besoins des aidants, l'aide à l'appropriation du nouvel outil d'évaluation des personnes âgées en situation complexe (MAIA) et la finalisation de la révision de l'outil PATHOS;
- > l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH et la mise en place d'un système d'information du suivi des décisions d'orientation en établissement ou service prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH);
- > la mise en œuvre d'un dispositif de valorisation des résultats des travaux de recherche soutenus financièrement par la CNSA.

¹ DGCS : Direction générale de la cohésion sociale ; DGOS : Direction générale de l'organisation des soins ; DSS : Direction de la sécurité sociale ; DB : Direction du budget ; DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Axe 2 : améliorer l'accès aux droits dans le cadre d'une réponse accompagnée

Le système d'aide, d'accompagnement et de soins dans le secteur de la perte d'autonomie et du handicap est non seulement très diversifié, mais d'organisation complexe. Un meilleur accès aux droits et à l'accompagnement suppose donc d'améliorer l'accès à l'information, d'accompagner les personnes dans leurs démarches et la mise en œuvre concrète des réponses, d'harmoniser les pratiques d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et de construction des réponses. Il s'agit aussi de développer une approche préventive de la perte d'autonomie et de mieux coordonner, entre les acteurs des territoires, les réponses apportées aux personnes et à leurs proches aidants.

Pour cela, la CNSA s'appuie sur ses partenaires (conseils départementaux, MDPH, ARS, CNAMTS, CNAF, CNAV, Éducation nationale...). Les leviers d'action plus particulièrement mobilisés en 2017 sont le système d'information commun des MDPH, l'appui aux conférences des financeurs, le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr ou encore le cofinancement de programmes de soutien aux aidants.

Axe 3 : construire des réponses adaptées et efficientes dans une logique de parcours

L'un des principaux enjeux des politiques de l'autonomie est de rendre possible des parcours, adaptés au projet de vie de chacun, sans rupture et s'inscrivant dans une logique inclusive.

Cela suppose, tout en poursuivant le développement de l'offre et le déploiement des plans de création de places, d'accompagner l'évolution de l'offre existante, de rechercher une organisation plus souple des ressources disponibles et une évolution de la fluidité et de la qualité des réponses apportées.

Les chantiers structurels de modernisation du secteur médico-social offrent des opportunités nouvelles. La démarche « une réponse accompagnée pour tous » et le soutien à la formation des professionnels constituent également des leviers pour construire collectivement des réponses de qualité et mieux adaptées.

Ces travaux ont été profondément modifiés par le chantier « transformation de l'offre », renforcé en 2017 sous l'égide du cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, qui élargit sensiblement les ambitions fixées dans la COG.

Par ailleurs, la CNSA contribue à la définition et à la mise en œuvre de la stratégie quinquennale sur des problématiques prioritaires.

Axe 4 : garantir une gestion équitable et performante des financements versés aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense

La période de la COG est marquée par un contexte budgétaire global exigeant, l'intégration des ESAT à l'objectif global des dépenses en 2017, des réformes tarifaires de grande ampleur, l'évolution des cadres budgétaires (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et la réforme territoriale en 2016. L'année 2017 a été plus particulièrement marquée par la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD et les nombreux travaux complémentaires qu'elle a nécessités.

La CNSA a poursuivi l'accompagnement au changement des ARS et des gestionnaires d'établissements, les travaux sur les déterminants de la dépense et les coûts (tableau de bord de la performance, études de coûts...) et la sécurisation du pilotage national de l'ONDAM médico-social. Elle a renouvelé la logique de ses dialogues de gestion avec les ARS pour les rendre plus stratégiques et pour accroitre sa capacité à connaître les logiques territoriales d'adaptation de l'offre et des financements.

Axe 5 : améliorer le fonctionnement et l'intervention de la CNSA

La gouvernance de la CNSA a été profondément renouvelée en 2017, avec le changement simultané de la directrice, d'une partie des membres du Conseil et de la présidente du Conseil.

La CNSA a poursuivi son effort de réduction des coûts de fonctionnement, respectant ainsi la trajectoire fixée par la COG. Les renforts humains accordés à la CNSA ont été intégralement mis en place en lien, notamment, avec le programme exigeant d'harmonisation du système d'information des MDPH.

Un contrôle de la Cour des comptes, à la fois organique et juridictionnel, a fortement mobilisé les équipes entre novembre 2016 et fin 2017 et a conclu de façon positive sur la gestion de la CNSA.

Des chantiers non prévus dans la COG

La CNSA a été particulièrement mobilisée en 2017 par :

- > la reprise, dans un objectif de déploiement plus large, du service « MDPH en ligne »: maintenu jusqu'alors par le secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP), il est issu de l'expérimentation IMPACT Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires ;
- > la contribution au pilotage du projet de carte mobilité inclusion (CMI), nouvelle carte unique et sécurisée :
- > la mise à disposition des acteurs locaux d'outils de mesure de la satisfaction des usagers et la réalisation d'un baromètre annuel ;
- > l'apport au projet de service public d'information en santé (SPIS), réalisé par le SGMAS ;
- > la gestion d'un fonds d'appui aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide à domicile ;
- > une contribution renforcée aux chantiers majeurs de réforme de la tarification des ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

Rapport de la Cour des comptes : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre

La CNSA a fait l'objet d'un contrôle de la Cour des comptes, à la fois organique – sur sa gestion – et juridictionnel – sur ses comptes. Il a porté sur les exercices 2013 et suivants. Pour le contrôle organique, de nombreux entretiens se sont tenus avec les équipes de la CNSA, ainsi qu'avec des membres de son Conseil, ses partenaires et ses tutelles.

Les conclusions du contrôle ont fait l'objet d'une insertion dans le rapport public annuel de la Cour, le 7 février 2018, intégrant la réponse conjointe de la directrice et de la présidente du Conseil.

La Cour souligne le double rôle spécifique de caisse et d'agence. Elle note dans la synthèse des observations définitives :

« La CNSA s'est bien imposée dans le paysage médico-social dont elle est devenue un acteur incontournable. Il convient de souligner sa capacité à prendre en charge le nombre croissant de missions qui lui sont dévolues par les textes successifs depuis sa création. »

La Cour souligne les progrès accomplis depuis le précédent contrôle (2013) dans la répartition des moyens entre les régions, qui doivent selon elle être poursuivis en appliquant plus largement les nouveaux critères de répartition fondés sur l'indice global de besoins.

Les recommandations de la Cour pointent également la nécessité de réduire les disparités territoriales persistantes qui affectent les aides individuelles (concours APA et PCH). Les critères de péréquation pour l'attribution de ces concours devraient pour elle être modifiés pour compenser ces disparités.

1.3 Le Conseil de la CNSA, conférence des parties prenantes

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

En tant qu'organe de gouvernance classique, le Conseil arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la CNSA. Par sa composition originale, il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects des politiques d'aide à l'autonomie. Le Conseil réunit en effet des représentants de tous les acteurs concernés par les politiques de l'autonomie : associations, partenaires sociaux, départements, centres communaux d'action sociale, fédérations, État, parlementaires et personnalités qualifiées. Il est composé de cinquante-deux membres. Il a été renouvelé de façon importante en 2017 : élection des associations et nomination de leurs nouveaux représentants en juin, désignation des parlementaires et nomination des trois personnalités qualifiées. C'est parmi ces dernières que Marie-Anne Montchamp a été élue, lors d'une séance exceptionnelle le 23 octobre.

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

Échanges et débats prennent notamment forme dans le rapport de prospective que le Conseil élabore de façon très participative chaque année. Ce diagnostic thématique assorti de recommandations est transmis au parlement et au gouvernement et largement diffusé.

La composition du Conseil (mars 2018)

La présidente du Conseil : Marie-Anne Montchamp

Les trois vice-présidents : Luc Gateau, Sylvain Denis, Gérard Deriot, élus respectivement parmi les représentants des associations de personnes handicapées, des associations de personnes âgées et des conseils départementaux.

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

Jean-Louis Garcia, Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) Suppléante : **Bénédicte de Freminville**, Fédération des associations d'étude pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21 (FAIT 21)

Alain Rochon, Association des paralysés de France (APF)

Suppléante : Mathilde Fuchs, Coordination handicap et autonomie (CHA)

Danièle Langloys, Autisme France

Suppléante : **Béatrice Borrel**, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

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

Suppléant : **Michel Marciset**, Fédération Française des Associations d'Infirmes Moteurs Cérébraux (FFAIMC)

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

Suppléant : Marc Truffaut, Fédération Française du Sport Adapté (FFSA)

Arnaud de Broca, Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)

Suppléante : Edwige de Bardonnèche, Fédération Française des Dys (FFDys)

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

Sylvain Denis, Fédération nationale des associations de retraités et préretraités (FNAR)

Suppléant : **Pierre Erbs**, Générations Mouvement – fédération nationale

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

Suppléant : Didier Sapy, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Guillaume Quercy, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Suppléant : **Thierry d'Aboville,** Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Benoît Jayez, Union confédérale Force ouvrière des retraités et des préretraités

Suppléant : **François Ferraguti**, Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat (FENARA)

Joël Jaouen, Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées (France Alzheimer)

Suppléant : Michel Poulard, Fédération nationale Adessadomicile

Serge Reingewirtz, Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)

Suppléant : **Jean-Pierre Riso**, Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées (FNADEPA) – *arrêté en cours*

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

Geneviève Mannarino, Vice-présidente du conseil départemental du Nord

Suppléante : Agnès Chantereau, Conseillère départementale du Loiret

Gérard Deriot, Conseiller départemental de l'Allier

Suppléante : Sylvie Lachaize, Vice-présidente du conseil départemental du Cantal

Christian Gillet, Président du conseil départemental du Maine-et-Loire

Suppléante : Bernard de La Hamayde, Vice-président du conseil départemental de l'Aube

Jean-Pierre Marcon, Président du conseil départemental de la Haute-Loire

Suppléant : Pascal Coste, Président du conseil départemental de la Corrèze

Pierre Camani, Président du conseil départemental du Lot-et-Garonne

Suppléante : Magalie Thibault, Vice-présidente du conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Michel Dagbert, Président du conseil départemental du Pas-de-Calais

Suppléant : Pascal Terrasse, Conseiller départemental de l'Ardèche

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

Confédération générale du travail (CGT)

Sylviane Spique

Suppléante : Solange Fasoli

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Xavier Becker

Suppléante : Martine Déchamp

Force ouvrière (FO)

Philippe Pihet

Suppléant : Paul Virey

Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Jacques Doury

Suppléant : en attente de désignation

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

Patrice Malleron

Suppléant : Jean-Baptiste Plarier

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

Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Olivier Peraldi

Suppléante : en attente de désignation

Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)

Franck Nataf

Suppléant : Julien Jourdan

Union des entreprises de proximité (U2P – anciennement UPA)

Jean-Louis Maître

Suppléante : Anne Novak-André

Dix représentants de l'État

Jean-Philippe Vinquant, Directeur général de la cohésion sociale

Mathilde Lignot-Leloup, Directeur de la Sécurité sociale

Amélie Verdier, Directrice du budget

Jean-Marc Huart, Directrice générale de l'enseignement scolaire

Carine Chevrier, Déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Cécile Courrèges, Directrice générale de l'organisation des soins

Jérôme Salomon, Directeur général de la santé

Annaïck Laurent, Secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales par intérim

Bruno Delsol, Directeur général des collectivités locales

Étienne Petitmengin, Secrétaire général du Comité interministériel du handicap

Deux parlementaires

Christine Cloarec, Députée d'Ille-et-Vilaine

René-Paul Savary, Sénateur de la Marne

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

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Isabelle Musseau-Aubry

Suppléante : Guénaëlle Haumesser

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

Johan Priou

Suppléante : Laurène Dervieu

Fédération hospitalière de France (FHF)

Annie Lelièvre

Suppléante : Clarisse Molina

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

Julien Moreau

Suppléant : Antoine Perrin

Mutualité sociale agricole (MSA)

Pascal Cormery

Suppléant : Thierry Manten

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

Florence Arnaiz-Maumé

Suppléant : Éric Fregona

NEXEM

Guy Hagège

Suppléant : Stéphane Racz

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

Joëlle Martinaux

Suppléant : Benoit Calmels

Trois directeurs généraux des organismes de Sécurité sociale suivants ou leur représentant

Nicolas Revel, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

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

Régime social des indépendants (RSI) -

Trois personnalités qualifiées

Marie-Anne Montchamp, ancienne députée, anicienne secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées

Philippe Denormandie, chirurgien spécialisé dans la neuro-orthopédie, hôpital Raymond Poincaré de Garches

Josef Schovanec, militant dans le domaine de l'autisme et de la différence, docteur en philosophie

1.4 Le Conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA apporte grâce à sa composition pluridisciplinaire son expertise à la direction de la CNSA sur les questions d'ordre scientifique ou technique. Il oriente l'action scientifique de la CNSA.

Arrivant en fin de mandat le 23 mars 2018, le Conseil scientifique doit être renouvelé. En particulier, Marie-Ève Joël et Jean-Yves Barreyre, respectivement présidente et vice-président du Conseil scientifique, qui ont participé à sa création et largement contribué à l'affirmation de ses missions, quittent leurs fonctions. À l'occasion de la fin de ce mandat, le Conseil scientifique a dressé un bilan de douze années de soutien à la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie et ouvert de nouvelles perspectives (voir page xx).

La composition du Conseil scientifique (mars 2018)

Le Conseil scientifique est composé de 22 membres.

La présidente du Conseil scientifique : Marie-Ève Joël

Le vice-président : Jean-Yves Barreyre

Douze experts dans le domaine de compétence de la CNSA

Marie-Ève Joël, Professeure émérite de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine Jean-Yves Barreyre, Sociologue

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

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

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

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

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

Pierre-Marie Chapon, Géographe de la santé, professeure à l'université Lyon 2

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

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

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

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

Dix membres représentant un ministère ou un organisme

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

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

Martine Bungener, Directrice de recherche CNRS émérite, représentant le CNRS

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

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

Juliette da Costa Moreira, Direction générale de l'enseignement scolaire, représentant le ministère de l'Éducation nationale

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

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

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

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

1.5 Les équipes de la CNSA

Les équipes de la CNSA sont constituées de professionnels d'origines diversifiées.

Reconnus pour leur expertise dans leurs domaines d'activités, les personnels de la CNSA viennent d'horizons très variés : associations et fédérations du secteur, agences nationales (ASIP Santé, ANAP, ANESM², agences sanitaires...), organismes de sécurité sociale ou bien encore du secteur privé.

Quant aux fonctionnaires d'État, ils sont majoritairement issus des corps d'emploi du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les fonctionnaires territoriaux viennent quant à eux principalement des conseils départementaux de la couronne parisienne.

En 2017, tout comme en 2016, le plafond d'emploi de la CNSA était de 123,2 équivalents temps plein (ETP). Par rapport à 2015, ce plafond a été augmenté de quatre ETP dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNSA pour les années 2016 à 2019. La CNSA a affecté ces quatre postes sur le programme de système d'information commun des MDPH, dont les enjeux sont particulièrement importants pour le secteur (deux postes au sein de la direction des systèmes d'information et deux à la direction de la compensation).

Au 31 décembre 2017, il y a avait 122,30 ETP sous contrat avec la CNSA dont près de 70 % sous contrat de droit privé relevant de la convention collective UCANSS³ et un peu plus de 30 % sous contrat de droit public, essentiellement des fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, en position de détachement.

Trois agents sont également mis à disposition de la CNSA dont un médecin.

Tout comme les années précédentes, la population de la CNSA est très féminine, puisque les femmes représentent 68,59 % de l'effectif, et relativement jeune, la moyenne d'âge étant d'environ 43 ans.

À la fin de l'année 2017, la CNSA employait cinq travailleurs reconnus handicapés. En parallèle, la CNSA a multiplié, notamment grâce à des partenariats avec des associations du secteur (AIRES, ARPEJH...), les actions en faveur de l'accueil de stagiaires en situation de handicap.

Organigramme de la CNSA

Sera intégré dans le rapport édité.

² ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé ; ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ; ANESM : Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³ UNCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale.

[Interview] Hamid Boukhlouf, directeur des systèmes d'information, CNSA

Quelle est la trajectoire d'évolution du système d'information de la CNSA?

Notre système d'information (SI) compte aujourd'hui environ 20 000 utilisateurs. Ce chiffre illustre son ouverture, depuis 2012, à des partenaires de plus en plus nombreux, dans une perspective d'harmonisation des pratiques et d'amélioration du pilotage. Tournés initialement vers la gestion et le pilotage budgétaire, nous fournissons désormais des services non seulement aux ARS, mais aussi aux conseils départementaux et à l'ensemble des établissements et services médicosociaux (ESMS). À ces utilisateurs s'ajoutent le public et les usagers qui consultent notre site institutionnel *cnsa.fr* ou le portail *Pour les personnes âgées*.

Pour y parvenir, nous avons repensé nos SI dans une logique d'urbanisation. Progressivement, nous décloisonnons les différentes applications informatiques, mutualisons des composants communs (référentiels de structures, gestion des utilisateurs et de leurs habilitations...) et centralisons les données gérées. Nous avons aussi créé un portail d'accès unifié aux différents services.

Avec cette ouverture, la collecte de données en provenance du réseau de la CNSA s'est considérablement étoffée, tandis que de nouveaux besoins de collecte automatisée se font jour, pour les MAIA ou les conférences des financeurs. Toutes ces données viendront enrichir notre système décisionnel afin de mieux éclairer les politiques publiques.

En parallèle, pour soutenir notre mission d'animation des réseaux, nous sommes en train de faire évoluer les différents espaces dématérialisés de partage d'informations existants vers un véritable extranet, avec des espaces collaboratifs dédiés à chaque réseau.

Enfin, en toile de fond de cette extension de notre SI, nous travaillons depuis plusieurs années à sa modernisation (refonte d'applications), à sa sécurisation et, actuellement, à son accessibilité numérique.

Comment la CNSA s'insère dans le paysage numérique national?

Nous participons aux instances de stratégie et de pilotage des systèmes d'information du secteur. Nous sommes aussi acteurs dans ce paysage national. Ainsi, dans le cadre du SI commun des MDPH, nous intervenons auprès de la CNAF et de la CNAV pour rendre possible l'automatisation d'échanges de données entre les MDPH et les caisses d'allocations familiales (CAF) ainsi que l'utilisation du NIR. Avec l'ASIP Santé, nous travaillons également à l'ouverture de la messagerie sécurisée de santé au secteur médico-social, ou encore participons activement au développement du volet médico-social du Répertoire opérationnel de ressources (ROR).

Plus largement, comme l'ensemble des acteurs de la santé, la CNSA sera consultée dans le cadre des travaux de la stratégie de transformation du système de santé qui viennent d'être lancés par la ministre des Solidarités et de la Santé, afin notamment d'accentuer le virage numérique de ce secteur.

2 La vision prospective du Conseil

Présentée au Conseil du 17 avril dans un document à part.

3 Rapport annuel

3.1 Les grands chantiers de la CNSA en 2017

Les résumés d'une dizaine de grands chantiers menés en 2017 seront intégrés dans le rapport édité (double page).

3.2 Panorama des chiffres clés

Le panorama des chiffres clés de l'aide à l'autonomie sera intégré dans le rapport édité.

3.3 Budget : la structure de financement et le budget exécuté en 2017

D'un montant de 25,3 milliards⁴ en 2017, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie du fait du handicap ou de l'âge. L'examen, par le Conseil de la CNSA, des recettes affectées à la CNSA et des dépenses ainsi financées alimente le débat public sur tous les aspects de ces politiques.

Les recettes de la CNSA

Les recettes de la CNSA proviennent principalement de deux origines :

- 1) la **contribution des régimes d'assurance maladie** représente 80 % des ressources de la CNSA et correspond à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (**ONDAM médico-social**), voté dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ce dernier s'est élevé en 2017 à 19 999,6 M€ (arrêté du 2 mars 2018) soit +12 % par rapport à 2016 ;
- 1) les **recettes propres**, **affectées par la loi**, représentent 20 % des ressources de la CNSA et sont constituées par :
 - > la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) qui s'élève à 2 371,9 M€ et dont 2 347,2 M€ ont été encaissés sur l'exercice 2016 ;
 - > la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) assise sur les revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité) en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013, qui s'établit à 743,8 M€ et pour un total d'encaissement sur 2017 à ce titre de 744,3 M€;
 - > une fraction de 1,38 % des **prélèvements sociaux sur les revenus de placement et du patrimoine (PSK)**, en remplacement de la part de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la CNSA jusqu'en 2015 et de la contribution des régimes d'assurance vieillesse, ainsi qu'à partir de 2017, en remplacement de la contribution des droits de consommation sur les tabac (DCT) et pour tenir compte d'un financement aux MDPH nouvellement intégré au budget de la CNSA⁵. Cette recette se monte à 1 820,1 M€ pour 2017 dont 1 787,3 ont été encaissés sur l'exercice :
 - > la CNSA a par ailleurs été bénéficiaire en 2017 de reliquats au titre des DCT et CSG qui lui étaient précédemment affectés : ainsi 32,6 M€ ont été encaissés au titre de produits de DCT comptabilisés sur les exercices antérieurs et 7,6 M€ ont été nouvellement constatés en produits (mais non encaissés) au titre de l'affectation précédente d'une fraction de CSG.

Au total, **ces recettes, en droits constatés, ont progressé de 10,4 % entre 2016 et 2017**, passant de 22 587,5 M€ à 24 942,9 M€, ceci grâce à la progression de l'ONDAM médico-social mentionnée précédemment et à celle des recettes propres de la CNSA s'établissant à 4 943,4 M€ en 2017 contre 4 687,5 M€ en 2016, soit une hausse de 5,5 %.

⁴ Montant des crédits de paiement exécutés sur l'exercice

⁵ Article 34 de la LFSS pour 2017.

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

La répartition par section des recettes brutes comptabilisées pour l'exercice 2017 est donnée dans le schéma ci-dessous.

Répartition par section des recettes brutes comptabilisées pour l'exercice 2017

Cette infographie sera insérée dans le rapport édité.

Il convient de remarquer que la section VI consacrée aux frais de gestion de la CNSA est abondée par prélèvement sur les autres sections et que la VII dédiée aux plans d'aide à l'investissement est alimentée par prélèvement sur les fonds propres de la CNSA.

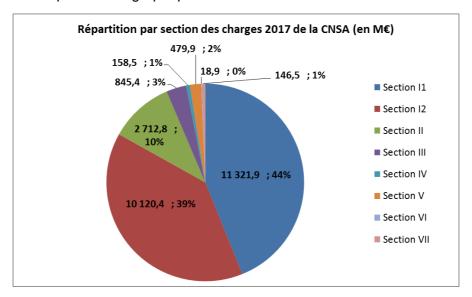
Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique la répartition des recettes brutes de 2017 de la CNSA (contribution des régimes d'assurance maladie et recettes propres affectées) entre les différentes sections, comparativement à 2016. Ces recettes permettent de financer la mise en œuvre des politiques publiques dont est chargée la CNSA.

Répartition des recettes brutes entre les sections en 2017 comparativement à 2016

												en millions d'euros	
				Comptabilité générale en d		droits constatés (DC)		Comptabilité budgétaire en encaissement			sements	Ecart DC - encaissements	
				2017		2016	Variation	2017		2016	Variation	2017	2016
Section	n Intitulé	Sous-section	Recette	Détail	Total 2017	Total	variation	Détail	Total	Total	variation	Total	Total
	Financement du fonctionnement des ESMS	1 - personnes handicapées	ONDAM	10 949,9	11 315,8	9 501,8	19,1%	10 933,4	11 299,8	9 447,0	19,6%	16,0	54,8
			CSA	332,1				328,6					
			PSK	33,9				33,2					
1			DCT (reliquat)					4,6					
		2 - personnes âgées	ONDAM	9 049,7	10 095,1	9 755,3	3,5%	9 042,9	- 10 089,7	9 598,8	5,1%	5,4	156,5
			CSA	948,8				938,9					
			PSK	96,6				94,9					
			DCT (reliquat)					13,0					
	Concours aux départements pour le financement de l'APA		PSK	1 492,1	2 498,1	2 278,2	9,7%	1 465,2		2 121,4	16,2%	32,2	156,8
			CSA	474,4				469,4	2 465,9				
H II			CASA	524,4				524,7					
			DCT (reliquat)					6,5					
			CSG (reliquat)	7,2									
	Concours aux départements pour le financement de la PCH et des MDPH		CSA	616,7	738,6	653,4	13,0%	610,3	738,5	551,7	33,9%	0,1	101,7
Ш			PSK	121,9				119,7					
			DCT (reliquat)					8,5					
	Financement des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services		PSK	75,5	81,9	77,7	5,3%	74,2	80,1	76,2	5,1%	1,7	1,5
			CASA	6,0				6,0					
IV			CSG (reliquat)	0,4									
v	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	1 - personnes	CASA	208,3	213,5	321,1	-34%	208,4	- 213,6	267,8	100%	- 0,1	53,2
,		2 - personnes	CASA	5,2				5,2			250%		
Total des recettes ONDAM et recettes propres			24 942,9	24 942,9	22 587,6	10,4%	24 887,7	24 887,7	22 063,0	12,8%	55,3	524,6	
											Sourc	e : CNSA-DR	

Les dépenses financées en 2017

Les charges entre les différentes sections du budget de la CNSA, et donc les différentes actions qu'elle met en œuvre au profit de l'accompagnement et de la prévention de la perte d'autonomie, se répartissent comme indiqué dans le graphique ci-dessous.



Une section I portant un objectif global de dépenses (OGD) 2017 en hausse de 10,4 % par rapport à l'OGD exécuté en 2016

En 2017, les crédits consacrés au financement des dépenses des établissements ou services médicosociaux (ESMS) ont augmenté de 10,4 % par rapport à 2016, passant de 19 285,8 M€ à 21 298,7 M€ en 2017. L'intégration des ESAT à l'OGD contribue à cette forte augmentation. Ils représentent 82,5 % du budget de la CNSA et se décomposent de la façon suivante :

- > pour les personnes âgées, l'OGD exécuté est de 10 013,4 M€ soit une augmentation de 2,9 % par rapport à 2015 (9 731,9 M€) ;
- > pour les personnes handicapées, l'OGD exécuté est de 11 285,3 M€, en hausse de 18,1 % par rapport à celui de 2015 (9 553,9 M€).

Les principales autres dépenses au bénéfice des ESMS (section I) sont les suivantes :

> pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées, 32,9 M€ délégués aux ARS pour financer les « groupes d'entraide mutuelle » (GEM), 0,4 M€ dédiés au fonctionnement de l'ANESM, 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'ANAP, financements proches de ceux de 2016, en légère augmentation pour les GEM (+2,9 M€);

> pour les établissements et services accueillant des personnes âgées, 94,6 M€ délégués aux agences régionales de santé (ARS) pour financer un total de 338 MAIA⁶ (comme en 2016 pour une dépense 2016 de 85,1 M€), 0,7 M€ dédié au fonctionnement de l'ANESM, 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'ANAP et 2,9 M€ pour financer des études de coûts sur les EHPAD et la reprise des tableaux de bord de l'ANAP auprès de l'ATIH (en augmentation par rapport à 2015 et 2016 où le financement pour l'ATIH s'élevait à 0,8 M€ puis 1,3 M€).

Au total, les dépenses en faveur des ESMS sont en augmentation de 10,5 % et s'établissent à 21 442,3 M€ pour 2017. En tenant compte de la contribution des recettes de cette section aux autres sections du budget de la CNSA, la section I est déficitaire de 72,4 M€ à l'issue de l'exercice 2017 (pour un déficit de 197,9 M€ en 2016), qui représente l'apport des fonds propres de la CNSA à l'OGD (comparativement à un apport fixé à 230 M€ en construction initiale pour 2017, soit une forte réduction du déficit découlant notamment du dernier arrêté ONDAM du 2 mars 2018 pris au titre de 2017).

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

Pour 2017, les concours de la CNSA s'établissent comme suit :

- > En section II, le concours APA 1 (allocation personnalisée d'autonomie) s'établit à 1 913,4 M€, soit +4,7 % par rapport au concours 2016, auquel il convient d'ajouter les 453,7 M€ de concours APA 2, instauré à compter de 2016 pour accompagner la réforme de l'APA et financé par la CASA (montant prévisionnel à ce stade⁷), soit un total de 2 367,1 M€ en 2017 contre 2 134,9 M€ en 2016 (qui intégrait 306,7 M€ en prévision au titre de l'APA2 qui s'est finalement réalisé à 204,8 M€).
- > En section III, le concours PCH (prestation de compensation du handicap) s'élève à 590,2 M€ contre 565,2 M€ en 2016, soit +4,6 % par rapport au concours 2016, et le concours MDPH est maintenu à 70,8 M€ comme en 2016.
- > En section III, une **dotation directe au profit des MDPH** est nouvellement inscrite au budget de la CNSA (elle était, jusqu'en 2016, portée par le budget de l'État). Elle a vocation à compenser financièrement le coût des postes vacants suite au départ des MDPH de personnels de l'État ainsi que leurs dépenses de fonctionnement. Cette dotation s'est élevée à **71,1 M€ pour 2017**.

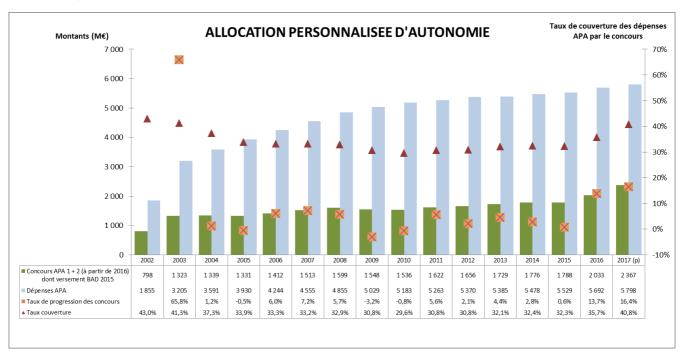
L'excédent de recette CASA non utilisée pour l'APA 2 atteint 172,7 M€ en 2017. Comme l'an dernier, cet écart s'explique par le niveau de la dépense fixé par le décret du 26 février 2016 à 453,7 M€ en dessous des recettes CASA de la section et tenant compte de la montée en charge de la réforme de l'APA pour sa seconde année d'application. Le concours APA2 2016 a bénéficié du décret n° 2017-1337 du 13 septembre 2017 qui a modifié les règles de calcul du concours définitif afin de verser au profit des départements les plus mobilisés davantage de fonds que le décret initial ne le permettait au regard de la faible progression des dépenses d'APA à domicile réalisées au niveau national.

Le rapport entre les concours de la CNSA alloués aux départements et les dépenses effectivement réalisées par ceux-ci au titre des différentes prestations servies permet de déterminer le **taux de couverture**. Les dépenses définitives étant connues en juillet n+1, le taux de couverture définitif est celui de 2016.

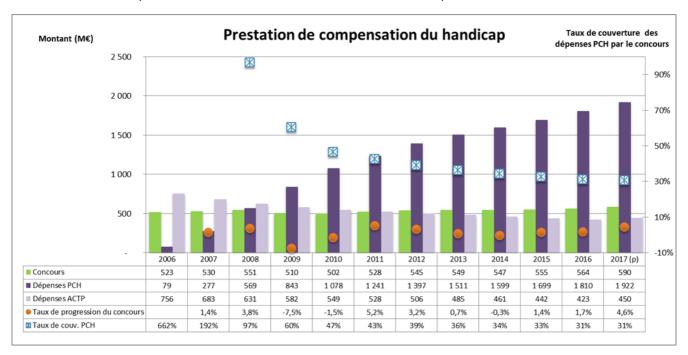
⁶ MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

⁷ Le concours définitif 2017 d'APA 2^e part sera calculé mi-2018 en fonction des dépenses réelles d'APA à domicile des départements et de l'application du décret du 13 septembre 2017.

Concernant l'APA, il s'établit, pour 2016 à 35,7 %, en progression par rapport à l'année précédente (+3,4 %). Le graphique ci-dessous permet de reconstituer une chronique depuis 2002. Les données 2017 sont provisoires à ce stade.



Concernant la PCH, le taux de couverture s'élève à 31 % en 2016, contre 33 % en 2015.



Sur 2017, les sections II et III ont connu l'impact exceptionnel d'un fonds de soutien⁸ de 100 M€ au profit des départements et collectivités dont la situation financière est la plus dégradée, cette dégradation étant appréciée au regard de la progression respective de leurs recettes et de leurs dépenses sociales. Les dépenses associées devraient être décaissées en 2018

⁸ Prévu par loi de finances rectificative pour 2017, article 95.

Une exécution de la section IV presque à l'équilibre

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

Sur 2017, elles se portent à 96 M€ en termes d'engagements et à 97 M€ s'agissant des décaissements intervenus sur l'exercice.

La section IV porte également le financement du fonds d'appui aux bonnes pratiques et à la restructuration du secteur de l'aide à domicile qui s'est élevé à 50 M€ (engagé en 2017) pour des versements de 16,7 M€ déjà effectués en 2017.

Par ailleurs, la majeure partie des dépenses de la section est constituée des subventions accordées par la CNSA au moyen de conventions conclues avec différents partenaires dans les champs de la modernisation de l'aide à domicile, de l'aide aux aidants et de la formation des professionnels : départements, opérateurs nationaux de la formation (OPCA), têtes de réseau et grandes associations. Ces dépenses s'élèvent à 43,2 M€ d'engagements nouveaux et plus de 77 M€ de décaissements en 2017 au titre des nouvelles conventions et de celles conclues antérieurement.

D'un point de vue comptable, il est important de noter l'impact sur le résultat de la section IV des provisions enregistrées sur l'exercice (63,2 M€ en 2017, dont 33,4 M€ pour le fonds d'appui aux bonnes pratiques non intégralement décaissé). Elles permettent de prendre en compte l'intégralité des engagements pris antérieurement qui se dénoueront sur les exercices futurs et ainsi d'avoir une bonne visibilité sur la situation des fonds propres de cette section.

Une section V marquée par la mise en œuvre des dépenses relatives à la conférence des financeurs et des mesures issues de la dernière conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai 2016

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

Sur 2017, elles s'élèvent à 298,5 M€ d'engagements et 456,1 M€ en décaissements. Cet écart s'explique par les décaissements sur engagements antérieurs à 2017 s'agissant essentiellement des plans d'aide à la modernisation (PAM) 2006-2007 et plans d'aide à l'investissement (PAI) 2008-2015, au titre desquels 160,4 M€ ont été décaissés en 2017). A noter par ailleurs la contribution de la CNSA aux travaux d'adaptation des logements par l'ANAH, pour un montant de 20 M€ versés en 2017 au titre de 2016. Par ailleurs, une provision de 20 M€ a été passée en 2017 pour un versement à réaliser à l'ANAH en 2018.

Les autres dépenses de cette section concernent essentiellement :

- > les concours aux départements relevant de la conférence des financeurs, à savoir :
 - le concours ayant vocation à financer le « forfait autonomie » alloué par les départements aux résidences autonomie ne percevant pas de forfait soins ; il s'élève à 32,9 M€ en 2017, compte tenu de la part non consommée 2016 (25 M€) ;
 - le concours correspondant aux « autres actions de prévention » ; il a donné lieu à des versements de 79,2 M€ en 2017, compte tenu de la part non consommée en 2016 (102 M€) ;

- > les dépenses d'ingénierie relatives à l'accompagnement par la CNSA de la mise en place par les départements de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie; exécutées à hauteur de 5,05 M€ en 2016 s'agissant des conventions effectivement conclues entre la CNSA et les conseils départementaux, elles ont été réglées à hauteur de 3,1 M€ en 2016 et 1,5 M€ en 2017 (le solde sera réglé en 2018);
- > les dépenses d'accompagnement de la démarche « **Une réponse accompagnée pour tous** » à hauteur de 7,4 M€. Le dispositif s'est traduit par l'allocation initiale d'un budget de 8 M€ décidée en 2016 et portée à 9,9 M€ en 2017 (100 k€ par territoire). En 2016, 24 territoires pionniers ont bénéficié de 2,5 M€. En 2017, à la suite de l'appel à candidature lancé à l'automne 2017, 66 nouveaux territoires ont décidé d'entrer dans la démarche. Les versements 2017 se sont élevés à 7,4 M€, soit au total 9,9 M€ sur 2016 et 2017.
- > les dépenses **d'études**, **de recherche et de soutien à des actions innovantes**, notamment réalisées au moyen de subventions versées à des partenaires du secteur médico-social ou des acteurs de la recherche, dont les engagements en 2017 s'élèvent à 11,6 M€ s'agissant des personnes handicapées et 4,7 M€ s'agissant des personnes âgées et les décaissements (au titre de ces mêmes engagements et d'engagements antérieurs) respectivement à 9,1 M€ et 5,9 M€ ;
- > 5 M€ de dotation au fonds de concours du budget de l'État relatif au fonds de compensation du handicap ;
- > 10 M€ dépensés pour le PAI en faveur des résidences autonomies.

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

Les dépenses de la section VI s'élèvent à 17,5 M€ engagés et 19,6 M€ décaissés sur l'exercice, elles représentent moins de 0,1 % des dépenses de la CNSA décaissées sur l'exercice.

Les dépenses de personnel s'élèvent à 10,9 M€, soit 55,4 % des dépenses de la section.

Celles de fonctionnement s'établissent à 6,2 M€ qui représentent 31,8 % de la section et enfin, celles d'investissement se portent à 2,5 M€ pour 12,8 %.

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

Les dépenses exécutées sur la section VII s'élèvent à 130 M€ en engagements. Les décaissements de 28,5 M€ résultent des modalités de versement inhérentes aux plans.

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

Renforcer la capacité de prévision d'exécution de l'OGD

Dans le cadre de cet objectif fixé par la COG, la CNSA a fait évoluer la méthode statistique d'estimation des versements de l'assurance maladie alloués aux structures médico-sociales pour les personnes handicapées au titre des prix de journée. L'analyse intègre les dépenses en date de soins et non plus en date de remboursement, notamment pour neutraliser les variations saisonnières.

Cette nouvelle méthode affine l'estimation du niveau d'exécution attendu en fin d'année. L'analyse permet aussi d'estimer le montant de la provision à prévoir l'année suivante pour couvrir les charges liées à l'activité réalisée pour l'année donnée.

Les fonds propres dont dispose la CNSA

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

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

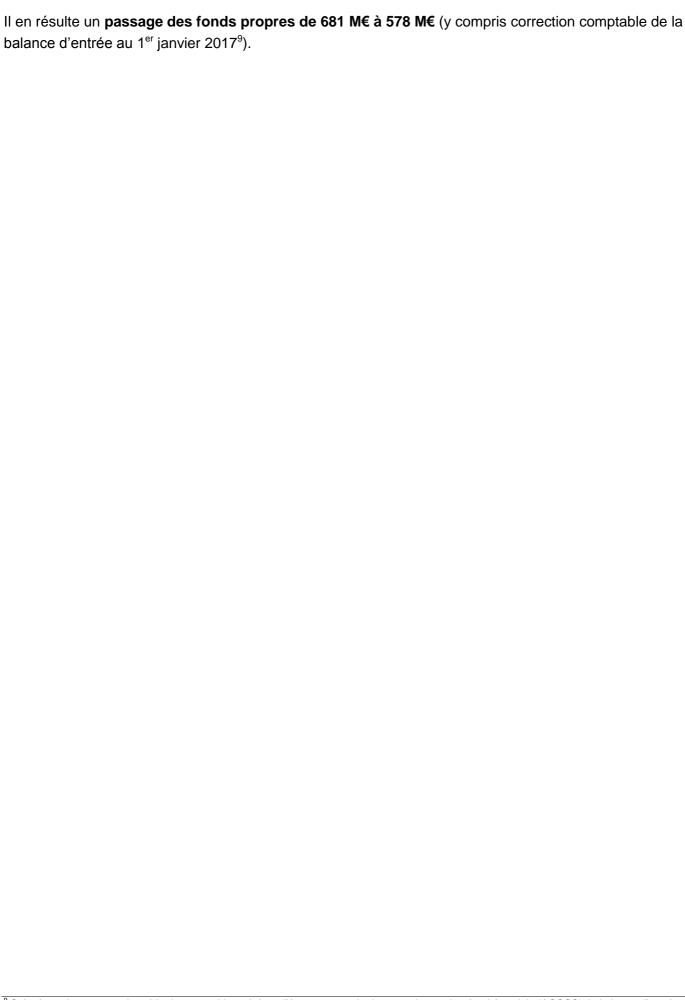
Pour 2017, les fonds propres qui avaient été abondés de l'excédent de CASA en 2015 ont été au global diminués du déficit final de 120 M€.

Il est à noter que certaines dépenses ont été financées en 2017 hors recettes affectées, et notamment :

- > 140 M€ au titre du plan d'aide à l'investissement (sections V et VII) ;
- > 100 M€ au titre du fonds de soutien aux départements et collectivités en difficulté (sections II et III) ;
- > 72 M€ au titre de l'apport de la CNSA à l'OGD (part de l'OGD non couverte par l'ONDAM et les recettes propres sur prélèvements sociaux affectés);
- > 50 M€ concernant le fonds d'appui aux bonnes pratiques et à la restructuration de l'aide à domicile (porté en section IV);
- > 20 M€ au titre de la contribution à l'ANAH ;
- > 10 M€ pour le financement de la nouvelle dotation directe aux MDPH.

Ces dépenses contribuent à diminuer les fonds propres.

Dans le même temps, ces derniers sont abondés par des excédents de recettes et notamment celui de CASA, en section II, qui s'établit à 172,7 M€ pour 2017 dans la mesure où la deuxième part du concours APA 2016 a été finalement établie, dans les comptes 2017, à 204 M€ (contre 306,7 M€ initialement prévus pour cette année de montée en charge de la réforme de l'APA).



⁹ Suite à un changement de méthode comptable opéré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la balance d'entrée de l'exercice 2017 a été corrigée. Il en résulte une augmentation des fonds propres de la CNSA de 17,8 M€.

3.4 Mieux connaître les besoins et favoriser un accès aux droits équitable

La connaissance des besoins est indispensable à un double niveau : pour proposer à chacun des réponses adaptées et évolutives à l'échelle individuelle, et pour orienter l'évolution de l'offre d'accueil et d'accompagnement au niveau collectif. Cela permet notamment de répartir cette offre équitablement en fonction des besoins des personnes sur les territoires. L'évaluation de la situation et des besoins de la personne s'appuie sur des outils destinés à proposer une réponse la mieux adaptée. Leur partage et leur utilisation homogène sur les territoires conditionnent l'égalité de traitement.

En 2017, plusieurs chantiers sont poursuivis dans cet esprit par la CNSA, en lien avec les professionnels de terrain, et notamment : l'harmonisation des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prenant notamment en compte les besoins des aidants, la finalisation de la révision de l'outil PATHOS¹⁰, la mise en place d'un système d'information du suivi des décisions d'orientation en établissement ou service prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou encore la réduction des disparités entre les taux d'équipement des départements, en définissant de nouveaux critères de répartition des financements des établissements et services pour personnes handicapées.

Un système d'information commun pour harmoniser et transformer les pratiques des MDPH

Des étapes importantes du programme « système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) » ont été franchies en 2017. Elles permettent les premiers déploiements opérationnels en 2018.

En ce qu'il porte la modernisation, la simplification et l'harmonisation des pratiques au service des personnes en situation de handicap et de leur famille, c'est un programme de transformation des MDPH. Les enjeux de qualité de service et d'équité de traitement sont forts. La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a confié fin 2015 à la CNSA la conception et la mise en œuvre de ce système d'information commun : autour du tronc commun des processus métiers des MDPH (l'instruction et le suivi des demandes des usagers, jusqu'à l'ouverture des droits et prestations), il inclut les échanges avec leurs nombreux partenaires.

Étant donnée son ampleur, le programme est mené par paliers fonctionnels successifs. Le premier palier comprend le tronc commun, l'outil de suivi des orientations en établissements et services médicosociaux (ESMS) et les échanges informatisés avec le système national de gestion des identités (SNGI) et les caisses d'allocations familiales (CAF) pour le traitement des droits, et l'Imprimerie nationale pour la délivrance de la carte mobilité inclusion.

¹⁰ Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement.

Phase pilote: sept MDPH engagées

Après un an de co-construction et de concertation, les exigences fonctionnelles du tronc commun ont été finalisées. En parallèle, le cadre de financement de la mise en conformité des systèmes d'information existants aux référentiels a été arrêté. Sept MDPH pilotes se sont engagées à tester les solutions logicielles que les éditeurs vont mettre en conformité avec le référentiel national, puis faire labelliser par la CNSA en lien avec l'ASIP santé : Ain, Calvados, Gers, Nord, Haute-Savoie, Hautes-Alpes, Paris et Seine-Maritime. Leur très forte implication dans cette étape pilote est décisive pour l'avancée des travaux. Cette étape permet d'identifier les conditions de réussite de la migration vers le nouveau système et de valider le dispositif d'accompagnement avant la généralisation du déploiement.

Toutes les MDPH ont par ailleurs mis à jour l'autodiagnostic de leur système d'information afin de mesurer la marche à franchir pour passer au nouveau système, en termes techniques, mais aussi en matière de processus métier et d'organisation. Elles ont ainsi pu se positionner sur une vague de déploiement. L'objectif a été fixé par le comité interministériel du handicap (CIH) du 20 septembre 2017 : 100% des MDPH engagées dans le déploiement du système d'information commun fin 2018, intégrant une solution de dépôt en ligne des demandes des usagers.

Temps fort de la fin de l'année, le **séminaire des directeurs** des MDPH a réuni plus de 80 personnes. À cette occasion, la secrétaire d'État aux personnes handicapées a annoncé le renforcement du soutien au déploiement, destiné à faciliter la généralisation. Cette aide financière de 6,1 M€ sera répartie par département en fonction des besoins de chaque MDPH.

[Témoignage] Nicolas Flipo, chargé de projets « modernisation », MDPH de la Seine-Maritime

Nous attendons beaucoup de l'automatisation des échanges avec la CAF

Avec la direction des systèmes d'information du Département, nous travaillons depuis 2015 à ce projet parce que nous en espérons des gains de productivité administrative très importants. Non seulement les échanges en temps réel accélèreront le traitement des demandes, mais les agents gagneront beaucoup de temps lorsqu'ils n'auront plus à photocopier les 16 000 dossiers annuels de demande d'aide.

À ce stade, la connexion au système national de gestion des identités, qui certifie l'identité des usagers, est opérationnelle. Elle sécurise les échanges et nous permet de classer les dossiers de personnes décédées. Dans le cadre de la mise en place d'échanges dématérialisés avec la CAF, le flux « maintien des droits » pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui évitera aux usagers des ruptures de leurs droits, est informatisé, mais pas encore automatisé. Enfin, le flux « demande et décisions associées » n'est pas encore livré.

Les gains tardent à être au rendez-vous car dans ce projet, de nombreux acteurs doivent se coordonner, du niveau départemental au niveau national. Ce n'est pas simple et cela engendre des temps de latence d'une étape à l'autre. Nous avons apprécié le volontarisme de la CNSA dans sa conduite du programme. Elle a eu un effet sensible sur la coordination des acteurs.

[Témoignage] Jean-Christophe Thorel, directeur des systèmes d'information, conseil départemental de la Seine-Maritime

Un partenariat fort avec notre éditeur.

Le système d'information de la MDPH, à l'instar de tous les autres systèmes de l'action sociale du département, repose essentiellement sur le logiciel Genesis développé par l'éditeur Sirus-Atos. Ayant participé activement aux groupes de travail de définition du tronc commun, également pilote sur la dématérialisation des échanges avec la CAF et la connexion avec le système national de gestion des identités (SNGI), nous n'avons pas hésité à nous porter candidat comme pilote de cette transformation. La très étroite collaboration que nous entretenons avec la MDPH a facilité cette décision.

Contrairement aux autres MDPH pilotes, la MDPH 76 est la seule à tester la solution Genesis, ce qui nous donne une certaine responsabilité vis-à-vis des MDPH partenaires de cet éditeur. La création d'un club utilisateur en résulte. Cela nous a également amené à établir avec l'éditeur un partenariat fort. Nous avons ainsi souhaité la présence trois jours par semaine d'un chef de projet Atos, sur notre site de Rouen, pour une plus grande efficacité dans nos échanges. De nombreuses visioconférences hebdomadaires sont également réalisées. L'éditeur a mis les moyens humains et financiers nécessaires pour mener à bien cette transformation majeure de la solution. Rapporté à l'échelle nationale, cet investissement a pu être payé au juste prix grâce à la participation financière apportée par la CNSA dans le cadre de la convention signée avec le président du Département en juillet 2017.

Répartition des solutions logicielles dans les 102 MDPH



Le déploiement du système d'information de suivi des décisions d'orientation, élément clé de la « réponse accompagnée »

La mise en place du système d'information de suivi des décisions d'orientations des personnes handicapées est placée sous la responsabilité partagée des ARS et des conseils départementaux. De son côté, la CNSA assure le pilotage global de la démarche. Elle a défini les référentiels nationaux (cadre fonctionnel et cadre d'urbanisation du système) et accompagne les ARS et les départements dans la conduite du projet.

Depuis début 2017, la CNSA a organisé des réunions régionales de lancement avec les ARS, les MDPH et les conseils départementaux afin de faire le point sur l'avancement du projet et son déploiement. À l'exception de la région Océan indien, qui développera un outil spécifique également conforme au référentiel, la solution Viatrajectoire est retenue pour l'ensemble des territoires.

À fin 2017, quinze ARS ont élaboré leur feuille de route précisant leur calendrier de déploiement et douze MDPH ont déployé Viatrajectoire.

En permettant de connaître en temps réel les capacités et les modalités d'accueil et d'accompagnement disponibles sur les territoires, ce système d'information d'aide à l'orientation va faciliter la mise en œuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et, plus globalement, le processus de transformation de l'offre.

La répartition des financements en fonction des besoins des populations

À l'issue de deux années de travaux, la CNSA a pu proposer de nouveaux critères de répartition des financements des ESMS pour les personnes handicapées. L'objectif est de réduire, dans la durée, les disparités d'équipement entre les régions et les départements. L'enjeu est majeur, puisqu'il s'agit de rééquilibrer la répartition territoriale de l'offre afin qu'elle corresponde davantage à la répartition des besoins sur le territoire national.

Les critères ont été repensés sur la base d'une nouvelle pondération des indicateurs, mais également d'une nouvelle méthode de répartition, dite des dotations cibles relatives. Les différences de taux d'équipement, les évolutions démographiques prévisionnelles et les indicateurs de besoin sont mieux pris en compte.

Adoptés par le Conseil de la CNSA en avril 2017, ces nouveaux critères ont été appliqués aux mesures nouvelles visées par l'enveloppe de 160 M€ décidée par la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016 pour soutenir la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre. Celle-ci prévoit la création de places et la transformation de l'offre existante afin de permettre des réponses plus souples, plus diversifiées et plus inclusives.

[Définition] Méthode des dotations cibles relatives

La méthode consiste à pondérer les populations par des indicateurs de « besoins » pour déterminer la part de chaque territoire dans le volume total des « besoins » nationaux (somme des populations pondérées). La dotation cible relative du territoire est cette part, considérée comme « légitime ». Les crédits sont ensuite répartis en fonction de l'écart de chaque territoire à sa dotation cible relative.

Des outils pour adapter la réponse et tendre vers l'égalité de traitement

La seconde version des ordonnances PATHOS est finalisée

Lancé en 2014, le chantier d'actualisation des ordonnances PATHOS a abouti à une nouvelle grille d'évaluation de la charge en soins des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unités de soins de longue durée (USLD).

Ces ordonnances définissent les soins requis pour des situations de dépendance en croisant des pathologies avec des profils de soins. Depuis leur élaboration à la fin des années 1990, le profil des personnes accueillies en EHPAD et USLD a évolué : elles sont de moins en moins autonomes et leurs besoins en soins augmentent. L'enjeu est fort pour les établissements, leurs crédits étant alloués par les ARS en fonction du degré d'autonomie des résidents, mesuré par la grille AGGIR, et des soins requis, mesurés par cet outil PATHOS.

Désigné par le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, un groupe technique composé de gériatres s'est réuni quinze fois. Appuyé par un groupe d'experts, professionnels médicaux et paramédicaux, il a tout d'abord réécrit 169 ordonnances plus adaptées aux situations rencontrées. Le champ de la prévention a été pris en compte, avec six ordonnances correspondant à des situations à risque.

Deux études ont ensuite confronté ces ordonnances à la réalité « du terrain ». Dans la première (2016), les professionnels d'un panel représentatif d'EHPAD et d'USLD ont estimé la durée des soins de chaque ordonnance. Les écarts constatés entre leurs déclarations et les temps « à dire d'experts » ont été pris en compte pour proposer une révision des temps de soins. La seconde étude (2017) a consisté à mesurer objectivement, dans la pratique, les temps passés à la préparation et la réalisation, par l'équipe de soins, des actes prescrits. Incluant 570 résidents de 30 EHPAD et USLD, elle a permis d'effectuer les derniers ajustements des temps. Il a ainsi été tenu compte, par exemple, de l'optimisation collective d'actes très fréquents comme la prise de médicaments.

La valorisation financière des nouvelles ordonnances (coût horaire) a permis de lancer des études d'impact sur les dotations des établissements. La CNSA a procédé à des simulations au niveau macroscopique, mais aussi au niveau de chaque établissement, en appliquant la nouvelle grille de codage aux évaluations des résidents des cinq dernières années.

Enfin, GALAAD, l'outil informatique de recueil des données AGGIR et PATHOS, a été adapté en vue d'une mise en production au second semestre 2018.

[Témoignage] Danièle Steinbach, médecin chargée de mission, CNSA

Former et accompagner sur PATHOS

Nous accompagnons les médecins en charge d'une part de la validation des évaluations AGGIR et PATHOS transmises par les établissements et d'autre part des formations des gériatres coordonnateurs chargés dans les établissements d'évaluer les résidents.

Nous organisons régulièrement des rencontres pour les informer, par exemple sur les actualités réglementaires ou les analyses des données enregistrées dans GALAAD, et les former. Ainsi, chaque année, nous réunissons deux à trois fois nos correspondants de l'ensemble des ARS, mais aussi, en sessions interrégionales, tous les médecins valideurs et formateurs.

Nous avons également commencé à structurer et animer le réseau départemental. Environ 70 % des conseils départementaux étaient ainsi présents à la réunion d'octobre 2017.

En complément, nous nous déplaçons auprès des ARS et des conseils départementaux pour résoudre les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

L'ESSENTIEL

- > Le projet de système d'information commun des MDPH a avancé de façon décisive vers sa mise en service : la mise en conformité des logiciels existants aux exigences fonctionnelles du palier 1 a pu être engagée par les éditeurs, en collaboration étroite avec sept MDPH pilotes qui se sont portées candidates pour tester les réalisations.
- > De nouveaux critères de répartition des financements des ESMS pour personnes handicapées ont été appliqués pour la première fois aux mesures nouvelles de l'enveloppe de soutien de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre. Ces critères visent à rééquilibrer la répartition territoriale de l'offre afin qu'elle soit mieux adaptée à la répartition des besoins.
- > La nouvelle grille d'évaluation de la charge en soins des résidents des EHPAD et des USLD est finalisée après avoir été confrontée à la réalité du terrain.

3.5 Accompagner la transformation et l'évolution de l'offre pour des réponses équitables, modulables et diversifiées

Depuis plusieurs années, les équipes et le Conseil de la CNSA sont fortement mobilisés dans le cadre du processus de transformation de l'offre médico-sociale d'une part et de l'accompagnement de démarches inclusives par l'éducation, le travail ou le logement d'autre part. La CNSA est partie prenante de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et de ses chantiers connexes, de la mise en œuvre de la loi ASV (résidences autonomie, résidences services...), de l'Observatoire de l'habitat inclusif et de l'emploi accompagné.

De nombreux chantiers facteurs de réussite d'un projet global d'inclusion et de droit accompagné respectant les aspirations et les choix de chacun sont engagés. Ils sont étroitement liés, qu'il s'agisse de la modernisation de l'aide et de l'accompagnement à domicile, de la généralisation, pour les ESMS, de la contractualisation (CPOM) et de l'état prévisionnel des ressources et des dépenses (EPRD). Plus globalement, ce sont la réforme de la tarification, la réforme du financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (SAAD, EHPAD¹¹, établissements et services pour personnes handicapées), le nouveau référentiel des autorisations des établissements et services pour personnes handicapées et malades chroniques ou encore les travaux pour le recueil et l'analyse des besoins (harmonisation des systèmes d'Information des MDPH).

L'accompagnement des territoires pour une modernisation et pour une professionnalisation de l'aide et de l'accompagnement à domicile

Depuis sa création en 2005, la CNSA apporte son soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile. L'enjeu est de taille dans un contexte de transformation de l'offre pour des réponses territorialisées et de proximité. Les acteurs de l'aide et de l'accompagnement à domicile y jouent un rôle primordial. La Caisse cofinance des plans d'actions départementaux qui visent à encourager la structuration du secteur et la modernisation de la gestion des services, à professionnaliser leurs personnels et, depuis la loi ASV, à développer l'accompagnement des aidants. À ce titre, un partenariat pluriannuel est en place entre la CNSA et 50 départements, dont 17 ont signé une nouvelle convention en 2017. La CNSA subventionne également les opérateurs nationaux de la formation (OPCA) du secteur et les grandes fédérations de services d'accompagnement et d'aide à domicile.

Afin de conforter cette démarche de refondation du champ de l'aide et de l'accompagnement à domicile, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a confié à la CNSA la gestion d'un **fonds d'appui aux bonnes pratiques** doté de 50 M€. Il vise essentiellement à impulser une amélioration des pratiques relatives au financement des services ainsi qu'aux conditions de travail des professionnels et à la qualité de service.

¹¹ SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

À la suite de l'appel à candidatures qu'elle avait lancé en novembre 2016, la CNSA a signé 50 conventions avec les départements. Dans ce cadre, 43 M€ seront versés par la CNSA à ces derniers. En contrepartie, les départements s'engagent à contractualiser avec des SAAD de leur territoire à travers des CPOM qui précisent leur appui financier. Ils se sont engagés à un effort financier supplémentaire, à hauteur de 81 M€. Les crédits du fonds d'appui exercent ainsi un effet de levier pour l'amélioration des pratiques, notamment tarifaires. Au total, 124 M€ seront mobilisés.

Pour les départements qui n'ont pas conclu de convention, les 7 M€ restant du fonds d'appui, répartis entre les ARS, sont mobilisés pour aider à la restructuration des SAAD en difficulté.

Dans cette dynamique, la CNSA a dédié un poste au renforcement de son appui au secteur de l'aide et l'accompagnement à domicile et à la structuration de l'animation du réseau des correspondants dans les conseils départementaux.

[Interview] Jean-Luc Gleyze, président du Conseil départemental de la Gironde

Quelle est votre politique d'aide à domicile ?

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) nous a confié une compétence élargie en la matière, en transférant aux départements la responsabilité de l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés prestataires. Cette évolution législative a été l'occasion pour nous de repenser nos méthodes de travail. C'est dans cet esprit que nous avons signé une convention au titre du fonds d'appui avec la CNSA.

Parce que nous sommes convaincus que c'est en unissant nos forces que nous parviendrons à inventer des solutions d'avenir, nous avons souhaité développer une démarche de partenariat avec l'ensemble des acteurs du secteur. Cette relation, basée sur la confiance et la transparence, est structurée sous la forme de CPOM, plaçant l'innovation sociale au cœur de la recomposition de l'offre girondine.

À titre d'exemple, jusqu'à récemment, il n'existait pas de réelle alternative pour les personnes en situation de handicap entre un hébergement à domicile ou en établissement spécialisé. Le Département s'est saisi de cette problématique en accompagnant une initiative de maison partagée portée par une association girondine. J'ai ainsi pu rencontrer des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui ont choisi de mutualiser leurs aides pour habiter ensemble dans un lieu de vie adapté à leurs besoins. Après une évaluation concluante, l'objectif est désormais de généraliser ce dispositif innovant à l'échelle du département.

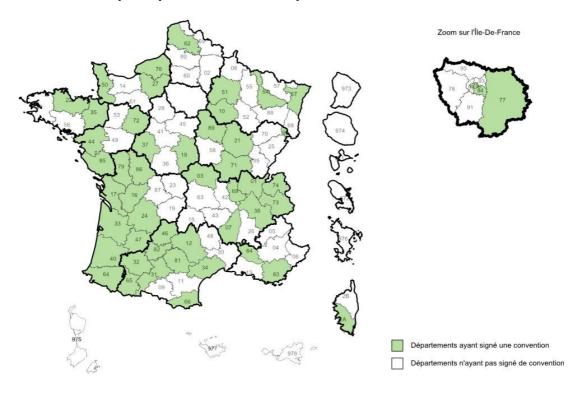
Pouvez-vous nous décrire une initiative clé?

Parce que nous sommes également convaincus que les solutions de demain se construiront localement, dans nos villes et nos villages, nous restons attachés à la notion de proximité. Dans un département aussi contrasté que la Gironde, l'enjeu est d'adapter notre offre à la réalité du terrain.

Grâce au concours de la CNSA, nous avons pu initier un CPOM à l'échelle d'un territoire girondin. Sur ce périmètre, nous mobilisons cinq acteurs volontaires pour mettre en commun leur savoirfaire au profit des usagers. La volonté est de privilégier les complémentarités de prise en charge qu'offrent chacun de ces acteurs pour faciliter le parcours de l'usager et mieux accompagner les intervenants, en se soutenant mutuellement dans les situations complexes.

Un mode de contractualisation inédit, bâti sur l'intelligence collective, que nous comptons généraliser, en tenant compte des spécificités et des équilibres propres à chaque territoire. Il s'agit de faire du sur-mesure!

Départements ayant signé une convention au titre du fonds d'appui aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide à domicile



[Focus] Les travaux sur l'évolution de l'allocation des ressources des SAAD sont lancés

Afin de répondre aux difficultés structurelles du secteur, le comité de pilotage national de la refondation de l'aide à domicile a lancé en septembre 2017 un chantier de refonte de l'allocation des ressources des SAAD, conduit par la CNSA et la DGCS.

Les orientations proposées lors de la restitution des premiers travaux fin janvier 2018 devront être expertisées et stabilisées. Le schéma cible proposé comprend un financement similaire pour tous les SAAD du territoire – pour permettre une équité de traitement, une meilleur lisibilité de l'offre pour les usagers et une plus grande transparence tarifaire – et un financement complémentaire sur la base de critères objectifs et transparents – pour maîtriser les reste-à-charge et assurer l'accessibilité du service.

L'accompagnement au déploiement de projets d'habitat inclusif : une démarche interministérielle mobilisant l'ensemble des parties prenantes

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) et la CNSA sont chargés d'impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif, de sécuriser économiquement les modèles et de lever les obstacles juridiques au montage de projets. Pour satisfaire une demande croissante des personnes âgées et des personnes handicapées de choisir leur habitat et les personnes avec qui le partager, une diversité d'offres d'habitat inclusif avait d'ores et déjà émergé en France, mais parfois au prix de montages complexes et sans garantie de pérennité. Le Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 a placé parmi les priorités le développement de l'habitat inclusif puis, en mars 2017, la démarche nationale a été élargie au champ des personnes âgées, dans le cadre notamment de la création de l'Observatoire national de l'habitat inclusif.

[Définition] L'habitat inclusif

Ni logement ordinaire, ni hébergement en institution, l'habitat inclusif est une réponse alternative, non catégorielle et complémentaire. Il s'agit de petits ensembles de logements indépendants associés à des espaces de vie partagés, dans un environnement adapté et sécurisé. L'habitat inclusif est pour la personne âgée ou handicapée un « chez soi », un lieu de vie ordinaire inscrit durablement dans la vie de la cité. Des services d'accompagnement et de proximité permettent cette inclusion sociale. Fondé sur le principe de libre choix, l'habitat inclusif s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale.

Ce dernier s'est réuni pour la première fois le 10 mai 2017 et fédère l'ensemble des partenaires intéressés. Il a pour mission de promouvoir le développement de formules d'habitat inclusif, grâce notamment à la diffusion des pratiques inspirantes ou à la formalisation d'outils pour les porteurs de projets. Il a élaboré, avec l'appui de la fédération SOLiHA et de la Fabrik Autonomie et Habitat (FAH), un guide d'aide au montage des projets à destination de porteurs potentiels, des bailleurs sociaux aux petits collectifs de personnes âgées ou handicapées. L'Observatoire a également préparé la première journée nationale de l'habitat inclusif qui s'est tenue le 30 novembre 2017. Plus de 200 personnes ont échangé sur leur expérience de construction de projets, de financement et d'ancrage sur les territoires.

Copilote de la démarche nationale, la CNSA apporte aussi un appui technique et financier à son déploiement. Elle a notamment contribué à la rédaction du guide ainsi qu'à la fiche technique sur la mise en commun de la PCH dans le cadre de l'habitat inclusif. Elle a également alloué à toutes les ARS l'enveloppe financière de 60 000 € prévue par la démarche nationale pour expérimenter la conduite d'un projet d'habitat inclusif.

Interview] Anne Sémard, directrice adjointe de SOHiHA Centre-Val de Loire

Vous avez monté un projet de logements adaptés. Quelles étaient les motivations des personnes âgées ciblées ?

Nous avons créé à Savigné-sur-Lathan cinq logements locatifs sociaux pour des personnes âgées ou handicapées qui habitaient la commune ou une des communes voisines. En plus d'un logement adapté et fonctionnel, l'objectif est de proposer un accompagnement sous forme de veille, de sécurisation et de lien social. Ce projet a associé différents partenaires : Agevie, l'association qui gère l'accompagnement des personnes au quotidien, la FICOSIL, société qui a accepté d'en porter la maîtrise d'ouvrage, la commune, la communauté de communes, et SOLiHA en tant qu'assistant à la maîtrise d'ouvrage. C'est pour que le projet réponde réellement aux besoins des futurs habitants que nous y avons aussi associé un groupe aux profils complémentaires en termes d'âges (50-90 ans) et de situations (locataires/propriétaires, maison/appartement). Les motivations avancées par les personnes pour s'investir dans ce projet étaient diverses. Il y a l'intérêt pour la démarche, l'envie de participer à une dynamique collective de co-construction, l'idée qu'elles pourraient en avoir besoin un jour ou encore une aide personnelle au cheminement dans le parcours de vie.

Quelles sont les conditions de réussite d'un projet d'habitat inclusif?

Ces conditions sont nombreuses. Il faut d'abord considérer que chaque dispositif est unique, coconstruit spécifiquement avec des habitants potentiels, il n'y a pas de « produit » reproductible à
l'identique ailleurs. Le projet doit s'inscrire dans un territoire, en complémentarité des dispositifs
existants et en partenariat avec l'ensemble des acteurs. Il doit aussi être localisé à proximité
immédiate d'un lieu de vie, le centre d'un bourg ou, comme c'est le cas à Savigné-sur-Lathan,
d'un pôle ressources. La co-construction du projet avec les habitants, du début du projet jusqu'à
la mise en service des logements, est un facteur clé de la réussite du projet. Cela crée une
dynamique sur le territoire. Il faut aussi veiller à programmer des logements adaptés au public
ciblé, dans une logique de fonctionnalité, et non pas seulement d'accessibilité. Le statut des
habitants est capital : ils sont locataires, ils en ont les droits, mais doivent aussi avoir la capacité à
habiter et gérer un logement (le logement n'est pas un substitut d'établissement). Le contour de
l'accompagnement mais aussi ses limites est à interroger. Enfin, le montage financier à
l'investissement doit être équilibré, ce qui est complexe pour des projets à petite échelle et parfois
en réhabilitation. En même temps, c'est important de ne pas être enfermé dans un schéma et de
pouvoir mobiliser différentes ressources selon les projets.

La poursuite des créations de places, l'évolution, la modernisation et la diversification de l'offre

Dans son rôle de caisse, la CNSA notifie aux ARS les crédits destinés au financement des établissements et services médico-sociaux. Elle en assure le suivi continu, à l'aide de ses systèmes d'information, mais aussi au travers d'un bilan qu'elle publie annuellement, faisant état de l'offre existante et de la programmation à cinq ans.

Dans une approche de réponse comprenant l'ensemble des domaines de la vie (loisirs, culture, santé, emploi...), la CNSA est également attentive au contenu de cette offre. Celle-ci s'inscrit nécessairement dans une logique de parcours choisi, permettant d'offrir des réponses souples et graduées aux personnes ayant besoin d'un accompagnement médico-social, en raison de leur âge ou de leur handicap.

Dans le champ des personnes âgées

Les dix dernières années ont été marquées par une croissance importante de l'offre médico-sociale en nombre de places installées (+87 % entre 2005 et 2016). Elle tend à se diversifier, mais est encore dominée par l'accueil en hébergement permanent. L'accompagnement à domicile augmente, en particulier l'accueil de jour dont le nombre de places a été multiplié par 6 et dont la couverture territoriale s'améliore. Au total, 724 634 places en établissements et services ont été financées par l'Assurance maladie. Si le taux national d'équipement est de 119 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, des écarts subsistent entre les départements, entre 52 et 198.

Bilan des créations de places dans le champ des personnes âgées fin 2016

	Places installées	Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
Hébergement permanent (HP)	577 708	94,80
Unité d'hébergement renforcé (UHR)	1 286	0,24
Hébergement temporaire (HT)	11 174	1,83
Accueil de jour (AJ)	14 391	2,36
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	119 928	19,68
Total	724 634	118,91

Source: FINESS au 31 décembre 2016, INSEE.

Près des trois quarts des 18 503 places programmées entre 2017 et 2021 par les ARS, pour 233,5 M€, devraient être installées d'ici fin 2018. Les deux tiers sont des places d'hébergement permanent. L'offre dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée représente près d'un quart des crédits programmés.

Les plans nationaux

Les grands plans nationaux dans le secteur des personnes âgées – plan Solidarité grand âge 2007-2012, plan Alzheimer 2008-2012 et plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 – ont largement contribué à accroître la capacité d'accueil sur le territoire, mais aussi à développer des modes d'accueil alternatifs à l'hébergement permanent.

On constate ainsi qu'au 31 décembre 2016, 223,7 M€ ont été consommés par les ARS pour renforcer et individualiser davantage l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Bilan des plans Alzheimer et Maladies neurodégénératives

	Réalisation au 31/12/2016		Prévision au 31/12/2021	
	Places	M€	Places	M€
	installées	consommés	installées	consommés
Équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	5 054	75,9	5686	86,0
Unité d'hébergement renforcé (UHR)	1 789	34,2	2653	52,4
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	-	97,2	-	115,1
Plateforme de répit (PFR)	-	16,4	-	22,0
Total	6 843	223,7	8 339	275,5

Outre le développement des établissements et services médico-sociaux, la CNSA contribue à la mise en œuvre et au suivi de plusieurs mesures du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, notamment celles concernant les MAIA, l'aide aux aidants et la recherche.

[Interview] Sophie Moreau-Favier, chef de projet MAIA, CNSA

Où en est le déploiement de MAIA¹²?

Le territoire national est désormais entièrement couvert, les 352 dispositifs MAIA financés par la CNSA étant installés. On compte au total près de 1 000 gestionnaires de cas et 320 pilotes MAIA en poste. Les crédits alloués en 2017 s'élèvent à 97,72 M€.

En 2017, nous avons développé le plan d'accompagnement des professionnels au nouvel outil d'évaluation des personnes âgées en situation complexe : InterRAI-HC (Resident Assesment Instrument – Home Care). Cet outil d'évaluation validé scientifiquement, que nous avions choisi en 2016, sera commun à tous les gestionnaires de cas.

La première étape du plan s'est traduite par 28 sessions régionales de sensibilisation à cet outil, qui ont touché 1 200 professionnels. Les gestionnaires de cas seront ensuite formés, courant 2018, dès que InterRAI-HC sera implémenté dans leurs logiciels métiers sur la base du référentiel technique et fonctionnel que nous avons défini avec l'ASIP Santé¹³.

L'enjeu de cette appropriation de l'outil par les professionnels est important, car l'harmonisation des pratiques d'évaluation sur le territoire national est une condition de l'équité de traitement pour les personnes.

Par ailleurs, nous avons poursuivi en 2017 notre engagement dans les travaux pilotés par le SGMAS¹⁴ pour faciliter la convergence des différents dispositifs de coordination des parcours.

En quoi l'utilisation de cet outil peut avoir un impact sur la transformation de l'offre ?

Utilisé par tous les gestionnaires de cas, InterRAI-HC apportera une connaissance fiable des situations complexes des personnes âgées vivant à domicile. C'est une étape préalable à la transformation de l'offre. Ces données, analysées à l'échelon territorial ou national, permettront d'adapter les réponses aux besoins des personnes âgées, afin qu'elles puissent continuer à vivre à leur domicile dans de bonnes conditions. Au-delà de cet outil, la démarche d'intégration des services d'aide et de soins contribue à l'ajustement de l'offre locale pour des parcours plus cohérents et fluides.

Dans le champ des personnes handicapées

Pour les enfants, le taux d'équipement qui concerne exclusivement des ESMS médicalisés (financés par l'assurance maladie), était de 9,8 places au 31 décembre 2016. Un peu plus des deux tiers de l'offre est en établissement.

¹² MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, trouve son origine dans le plan Alzheimer 2008-2012. Son objectif est d'impulser le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social pour parvenir à une prise en charge coordonnée.

ASIP Santé: Agence des systèmes d'information partagés de santé (l'agence française de la santé numérique).

¹⁴ SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Pour les adultes, les ESMS médicalisés financés par l'assurance maladie sont minoritaires dans l'ensemble de l'offre médico-sociale : 2,6 places pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans contre 3,8 places financées par les conseils départementaux. Les trois quarts des structures sont des établissements.

Le taux d'équipement et la dotation par habitant, fortement corrélés, présentent de grandes disparités entre les départements.

En 2016, 4 417 places ont été installées (2 358 places adultes et 2 059 places enfants), pour 137,3 M€.

Le nombre de places programmées entre 2017 et 2021 s'élève à 8 464 pour un montant de près de 353 M€ (3 259 places enfants et 5 205 places adultes).

Les plans nationaux

À l'horizon 2021, le programme pluriannuel du handicap (PPH), le troisième plan Autisme 2013-2017 et le schéma national pour les handicaps rares auront permis d'installer 41 763 places pour une consommation de 99,7 % des 1,4 Md€ de crédits notifiés. Au 31 décembre 2016, 36 161 places étaient installées soit 82 % des places notifiées.

En 2016, 3 156 places ont été installées sur les crédits des plans (104,6 M€).

Le troisième plan Autisme est doté d'une enveloppe de 205,5 M€ sur cinq ans pour non seulement permettre la création de places, mais aussi favoriser la transformation de l'offre existante en soutenant l'évolution des organisations et des pratiques des ESMS. Ces crédits dits de « renforcement » de l'offre s'élèvent à 38,1 M€.

L'accélération de la dynamique de la programmation s'est confirmée en 2016, avec 2 315 places autorisées et 99,6 M€ engagés au 31 décembre. Sur la période 2017-2018, les prévisions d'installation sont de 2 221 places (100,7 M€).

Sur le champ de l'enfance, la dynamique de programmation est portée principalement par la création des unités d'enseignement en maternelle (UEM) et le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Les plans d'action régionaux mettent également en évidence le développement de réponses impliquant d'autres modes d'intervention, voire des démarches innovantes, telles que des démarches d'intégration type MAIA, des équipes mobiles, des plateformes répit « multi-services » ou des plateformes structurant le triptyque « repérage-diagnostic-interventions précoces ».

La consommation des crédits d'évolution de l'offre, décalée dans le temps, n'est pas aussi avancée. De plus, ils ont été partiellement utilisés pour des créations de places, notamment sur des cibles non prévues par le plan Autisme.

→ [Focus] La CNSA contribue aux plans Autisme

Outre le suivi de la consommation des crédits du plan, la CNSA a poursuivi en 2017 sa participation à la mise en œuvre du troisième plan Autisme en matière de formation des aidants et de soutien à la recherche.

Le déploiement de formations collectives des aidants familiaux est fondé sur le programme national élaboré en 2013. Les projets de formation sont portés par les centres de ressources autisme (CRA) en collaboration avec les associations locales. Les quatre appels à projets lancés de 2014 à 2017 ont permis de former 7 250 aidants familiaux.

La CNSA a également subventionné neuf projets de recherche en sciences humaines et sociales dans le cadre des trois premiers appels à projets lancés au titre du troisième plan.

Enfin, la CNSA a été sollicitée pour contribuer à l'évaluation du troisième plan par l'IGAS et au rapport de la Cour des comptes sur l'autisme rendu en janvier 2018.

Lancée officiellement en juillet 2017, la concertation pour définir le **quatrième plan Autisme** s'est déroulée sur six mois, à la fois dans les territoires et au niveau national. La CNSA a participé aux cinq groupes de travail nationaux constitués sur les thématiques de l'inclusion scolaire, de l'inclusion sociale, de la recherche, de l'appui aux familles et de la qualité des interventions. La CNSA siège au comité de pilotage du plan, présidé par Claire Compagnon, ainsi qu'au groupe technique inter-administratif piloté par le SGCIH.

Les propositions des groupes de travail thématiques ont pu être synthétisées le 15 décembre. Elles sont co-construites avec les associations d'usagers et leurs familles, mobilisant l'ensemble des parties prenantes et prennent en compte les propositions des territoires.

Le quatrième plan Autisme devrait être présenté en avril 2018.

Les appels à projets et à candidatures des ARS et des départements

Comme chaque année depuis 2011, la CNSA a recensé et analysé les procédures mises en œuvre par les ARS et les départements pour la création de places nouvelles. En 2016, ils ont lancé 139 appels à projets et appels à candidatures pour la création de 2 130 places en établissements ou services médicosociaux pour personnes âgées ou handicapées.

L'année 2016 marque un tournant avec 36 appels à candidatures. Plus souple que la procédure d'appel à projets, l'appel à candidature s'impose comme un nouveau levier de l'évolution des procédures d'autorisation médico-sociale. Les ARS l'utilisent lorsqu'elles se trouvent en dehors du champ d'application des autorisations médico-sociales.

L'aide à l'investissement, un outil de modernisation de l'offre

L'aide à l'investissement de la CNSA contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins.

En 2017, **le plan d'aide à l'investissement** s'élevait à 130 M€, entièrement délégués aux ARS. Le Conseil de la CNSA en a fixé les priorités. La programmation doit cibler des opérations de modernisation des établissements et la transformation des capacités hospitalières en capacités médico-sociales pour des projets respectant l'aide à l'autonomie et la promotion de la participation sociale des usagers.

L'enveloppe de 82 M€ dédiée à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes devait viser également la création de places autorisées à l'aide sociale ou alors en accueil de jour, en hébergement temporaire ou en unités d'hébergement renforcé pour les malades d'Alzheimer.

Dans le champ du handicap (48 M€), les opérations de transformation de l'offre et la création de places en maisons d'accueil spécialisée (MAS) ou foyers d'accueil médicalisé (FAS) doivent être privilégiées, ainsi que l'adaptation des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes ou des personnes avec autisme.

En application de la loi ASV, la CNSA délègue par ailleurs des crédits à la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) afin de soutenir des opérations d'**investissement dans les résidences autonomie** : réhabilitation, modernisation, mise aux normes ou restructuration, dans un objectif d'amélioration du confort et de la sécurité des résidents.

Les crédits délégués de 2014 à 2016 avaient permis de lancer 129 projets correspondant à 6981 logements individuels. La nouvelle enveloppe de 10 M€ déléguée en 2017 a donné lieu à un nouvel appel à projets : 59 dossiers ont été sélectionnés pour 2 843 logements. Ce plan d'aide a un effet levier très fort car 1 € attribué déclenche environ 6,6 € dans le cadre d'autres financements.

Interview] Dominique Penhouet, directeur adjoint de l'ARS Bretagne

Comment abordez-vous la transformation de l'offre ?

Transformer l'offre nous oblige à remettre en question l'approche classique de la création de places, à inverser nos logiques d'action. Lorsque nous parlons de solutions adaptées, de souplesse, de réactivité, d'organisation territoriale, de collaborations entre structures, de gradation des soins, cela nous amène à renouveler nos relations avec les acteurs des départements, en commençant par démythifier cette notion de transformation.

Au-delà de ses premières étapes, initiées par exemple avec la mise en place des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ou la généralisation des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), le processus de transformation de l'offre ne fait que commencer. Face à cet enjeu d'innovation, nous avons choisi d'avancer de manière pragmatique, en suscitant la contribution des acteurs du secteur. En concertation avec les quatre conseils départementaux de la région, nous sommes en train de préparer un appel à manifestation d'intérêt auprès des gestionnaires des établissements et services. Nous espérons que cette procédure très ouverte, qui permet d'identifier des projets sans préjuger de leur contenu, nous apportera des éléments de réponse. Par exemple, à court terme des décisions d'extension non importante d'autorisation, à moyen terme des projets de coopération à l'échelle territoriale inscrits dans les CPOM et, à plus long terme, des projets régionaux.

Plus largement, l'appel à manifestation d'intérêt pourrait aussi interpeler nos partenaires en dehors du secteur médico-social, sur ces sujets transverses par définition, afin de décloisonner également avec le milieu ordinaire et l'environnement sanitaire.

Quel accompagnement attendez-vous de la CNSA?

Pour relever le défi de l'innovation, nous devons aussi nous inspirer des expériences des autres régions. À l'heure actuelle, les réunions régulières des directeurs d'ARS permettent d'aborder les aspects stratégiques et politiques et les réunions techniques résolvent des problématiques concrètes. Entre les deux, la CNSA pourrait créer un espace qui permette ces échanges de pratiques interrégionaux.

Le déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est entrée en 2017 dans sa phase de généralisation. Les 24 sites pionniers de 2015 ont été rejoints au cours de l'année 2017 par 66 territoires, répartis en deux vagues, ce qui porte à 90 le nombre total de territoires engagés dans la démarche.

La démarche met en œuvre, sous la conduite de Marie-Sophie Desaulle, les conclusions du rapport Zéro sans solution rendu par Denis Piveteau en juin 2014. Elle est organisée autour de quatre axes complémentaires, dont le déploiement est concomitant :

- 1. Construire et expérimenter le dispositif d'orientation permanent
- 2. Renforcer le partenariat sur le territoire
- 3. Impliquer les usagers et les pairs
- 4. Accompagner les changements de pratiques

La CNSA pilote le premier axe et intervient en appui sur l'ensemble de la démarche.

L'engagement des territoires dans la démarche est porté par les MDPH, les conseils départementaux, les ARS et les représentants de l'Éducation nationale. Elle impulse de nouvelles façons de travailler en partenariat entre acteurs institutionnels, mais surtout avec les personnes en situation de handicap et leur entourage.

La mise en place du dispositif d'orientation permanent

Le premier axe de la démarche est piloté par la CNSA. Il pose les principes de la conception et du déploiement du dispositif d'orientation permanent, qui consiste à proposer des réponses adaptées aux besoins et aux projets des personnes handicapées. Lorsqu'une orientation notifiée ne peut être mise en œuvre immédiatement, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018 – prévoit une réponse alternative formalisée dans un plan d'accompagnement global. Il peut s'agir d'une réponse partielle ou totale ou encore d'une adjonction de réponse construite(s) au regard de l'offre disponible sur un territoire. L'ensemble des partenaires sur un territoire se mobilisent afin d'apporter une solution qui réponde autant que de possible aux besoins et attentes de la personne. L'objectif est notamment de prévenir les risques de rupture dans l'accompagnement et d'améliorer l'adéquation des réponses aux besoins et attentes de toutes les personnes en situation de handicap.

Le rôle de la MDPH est central dans la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent et de la réponse accompagnée. La MDPH doit travailler en proximité avec les associations et les personnes en situation de handicap et élaborer des réponses avec les établissements et services médico-sociaux et les professionnels des secteurs social et sanitaire (établissements de santé et soins de ville). Ce premier axe doit permettre d'anticiper les répercussions sur les processus métiers et pratiques des MDPH.

La CNSA soutient les MDPH, en lien avec les ARS et les conseils départementaux, dans la montée en charge du dispositif.

Pour favoriser le déploiement territorial de la démarche et le partage des pratiques entre territoires, la CNSA propose des prestations d'appui et de conseil aux territoires pour le lancement de la démarche. Elle a organisé 14 séminaires interdépartementaux au premier semestre 2017, afin que les ARS et les MDPH des territoires pionniers partagent leur expérience avec les 66 nouveaux. Les échanges de pratique se sont poursuivis à l'automne, lors des journées des réseaux métiers de la CNSA.

La CNSA a également mis à la disposition de l'ensemble des partenaires engagés dans la démarche un rapport de capitalisation de l'expérience des territoires pionniers (juillet 2017). Il expose leurs réalisations, détaille la méthode pour conduire le projet et propose des outils pour aider à sa mise en œuvre.

Les territoires engagés dans la démarche sont tous soutenus financièrement pour amorcer ce changement des pratiques majeur, conformément aux engagements pris lors de la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016. La CNSA a ainsi délégué, en 2017, près de 10 M€ aux ARS pour renforcer l'appui aux MDPH.

Le renforcement des partenariats pour déployer la démarche

Le déploiement territorialisé de la démarche repose sur le renforcement des partenariats sur le territoire. Ce second axe est piloté par le SGMAS, avec l'appui de la DGCS et de la CNSA. Le dispositif d'orientation permanent nécessite une coordination étroite entre tous les professionnels et les structures qui accompagnent la personne handicapée. Il invite à une transformation en profondeur de l'offre globale, incluant les réponses sociales et médico-sociales, qui repose sur deux outils indispensables : la convention territoriale et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La convention territoriale concrétise la mobilisation collective des acteurs en formalisant les engagements de chacun (ARS, département, MDPH, Éducation nationale, CPAM, CAF...) en matière de partage des données, d'amélioration de la planification de la réponse, d'organisation des réponses aux situations d'urgence, de meilleure coordination des ressources ou bien encore d'accompagnement de l'évolution des pratiques. Dans certains territoires, l'ARS et le département ont défini des principes de dérogation encadrée pour accompagner de façon plus réactive les personnes au plus près de leurs besoins et pour limiter les interventions des uns et des autres.

Le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la démarche (collaboration avec la MDPH, participation au système d'information de suivi des orientations...) peut être précisé dans un ou plusieurs des engagements pris dans le CPOM que chaque établissement doit conclure avec son (ou ses) autorité(s) de tarification.

[Interview] Réjeanne Bertrand, directrice de la MDPH de la Loire

Quels travaux marquants avez-vous conduits en 2017 en lien avec les objectifs de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ?

Nous avions déjà mis en place la procédure de plan d'accompagnement global. En 2017, nous avons éprouvé concrètement le dispositif d'orientation permanent dans le secteur enfants : toutes nos décisions ont directement comporté une double orientation. L'amélioration de l'efficacité de la procédure est très nette : gain de temps pour la MDPH, possibilité d'anticipation du recrutement des auxiliaires de vie scolaire par l'Éducation nationale. Pour les familles, qui n'ont pas à déposer de nouvelle demande, la préparation de la rentrée scolaire est plus sereine.

Autre action importante, nous avons défini avec l'Éducation nationale, les ITEP¹⁵ et l'ARS un schéma décisionnel pour la prise en charge précoce des difficultés de comportement. Le repérage débute dans la classe et cherche à éviter l'aggravation des troubles et les vécus scolaires négatifs. Le but étant, dans la logique de la « réponse accompagnée pour tous », de favoriser l'inclusion scolaire, sans laisser l'enseignant isolé.

Par ailleurs, nous avons signé, avec tous les autres acteurs institutionnels, une convention partenariale, véritable pierre angulaire de la « réponse accompagnée pour tous » sur le territoire. Nous y avons posé nos engagements respectifs, ainsi que les règles d'échanges pour élaborer un diagnostic partagé de l'offre existante et réfléchir ensemble à ses évolutions.

La Loire est un territoire pionnier : avez-vous pu identifier des prérequis pour déployer le dispositif d'orientation permanent et travailler collectivement sur un territoire ?

Effectivement, il est essentiel d'engager en même temps le dispositif de double orientation et la recomposition de l'offre, pour se donner les moyens d'avancer ensemble. Un autre prérequis est d'avoir commencé à déployer l'outil de gestion de l'offre et de la demande ViaTrajectoire.

Pour travailler collectivement, je dirais qu'il faut d'abord, avant de construire des outils, prendre le temps de diffuser l'esprit de la démarche à l'ensemble des acteurs concernés, afin de dégager une vision partagée. Ainsi, les établissements sont soutenus dans la prise en charge des situations critiques par les acteurs institutionnels pour construire ensemble le parcours de la personne. En second lieu, il faut prévoir un espace-temps de coopération. Plus exigeante que le partenariat, la coopération est le fil rouge de la démarche, elle doit devenir l'étalon de mesure de la nouvelle gouvernance territoriale.

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre

Dans un contexte marqué par la fin prochaine des effets des grands plans de créations de places et par la mise en place de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre a été annoncée lors de la CNH de mai 2016. Ses orientations ont été précisées par le CIH de décembre 2016, notamment les volets thématiques (polyhandicap, handicap psychique, aidants, habitat inclusif).

¹⁵ Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

Cette stratégie est dotée d'une enveloppe de 180 M€ pour la période 2017-2021. Si une partie de ces crédits est fléchée sur le développement quantitatif de l'offre, en particulier les 20 M€ destinés aux territoires ultra-marins les plus déficitaires en équipements, au moins la moitié des 160 M€ répartis sur la France entière doit accompagner le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale afin de la rendre plus souple et plus inclusive.

Avant de répartir ces crédits entre les ARS, la CNSA a participé à l'élaboration de la circulaire du 2 mai 2017 qui précise aux ARS les orientations de cette transformation. Outre le cadre stratégique national, elle présente les leviers à disposition des ARS pour transformer l'offre et les réponses qui peuvent être développées sur les territoires dans ce cadre.

Des outils pour suivre la transformation de l'offre

La CNSA, la DGCS, le SGMAS et le SGCIH ont engagé, en lien avec les ARS, les travaux de formalisation des modalités de suivi de l'évolution de l'offre. Ce suivi doit permettre de piloter la transformation attendue de la stratégie quinquennale.

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », dans laquelle s'inscrit l'évolution de l'offre, est conçu en parallèle.

Les deux démarches sont articulées et complémentaires.

Les objectifs stratégiques poursuivis par la stratégie quinquennale ont été déclinés en quatre objectifs opérationnels et une vingtaine d'indicateurs de suivi identifiés.

De même, le suivi et l'évaluation de la « réponse accompagnée pour tous » seront basés sur des indicateurs quantitatifs à suivre au niveau de chaque ARS, avec les cibles associées pour chaque région, éventuellement complétés par des indicateurs départementaux.

Cependant, le suivi de l'évolution de l'offre s'appuiera également sur diverses **autres modalités**, en particulier :

- Le suivi du déploiement de la « réponse accompagnée pour tous » fournira un éclairage sur la mise en place effective d'une gouvernance partenariale, sur la prise en compte de la « réponse accompagnée » dans les CPOM, etc.
- Les dialogues de gestion annuels avec les ARS apporteront des informations qualitatives sur les dynamiques à l'œuvre, la gouvernance, le contenu des CPOM, les opportunités et les freins rencontrés, etc.
- Le nouveau paramétrage de l'application de suivi de la programmation de l'offre SEPPIA permettra de rendre compte de la diversité des dispositifs créés : transformations et requalifications, créations de places sur les crédits dédiés, renforcements de moyens alloués aux ESMS en contrepartie d'évolutions de leur public ou de leurs prestations, etc. À terme, SEPPIA devra évoluer en profondeur, car elle reste fondée sur une logique de places.
- > Dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous », un dispositif de recueil de la satisfaction des personnes handicapées accompagnées par les ESMS (qualité perçue, qualité de vie) sera élaboré en 2018 avec la Haute Autorité de santé (HAS).

Les réformes de la tarification et de la contractualisation, leviers de la transformation de l'offre

La CNSA contribue à la conception et à la mise en œuvre des réformes budgétaires et de la tarification du secteur médico-social, qui sont autant de leviers de la transformation de l'offre :

- > la généralisation progressive, sur cinq ans, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social ;
- > le pilotage des établissements par les ressources (et non plus par les dépenses), avec notamment la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ;
- > la réforme tarifaire des EHPAD par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance.

Le pilotage des établissements par les ressources

Un premier bilan de la généralisation de la contractualisation a été établi par la DGCS à la mi-2017, à partir de données transmises par les ARS. La programmation des CPOM est largement engagée : entre 2016 et 2021, **5 650** sont programmés avec les EHPAD et **2 478** avec des établissements dans le secteur du handicap. Sur la plan qualitatif, on dénombre 375 CPOM d'EHPAD « multiactivités » et 541 CPOM interdépartementaux et régionaux.

Dans le même temps, les EPRD ont été mis en place. La CNSA a déployé le système d'information Import EPRD pour la campagne budgétaire 2017. Il s'agit de la plateforme de collecte et de contrôle par les ARS et les départements de ces nouveaux formats de documents budgétaires.

La totalité des EHPAD a mis en place l'EPRD, tandis que la montée en charge dans le secteur des personnes handicapées est progressive.

La CNSA a accompagné au plus près les personnels des ARS et des départements en charge de l'allocation des ressources et de la contractualisation, dont les pratiques professionnelles sont modifiées par ces réformes. Elle a financé et organisé avec le Centre national de la fonction publique (CNFPT) cinq sessions de formation qui ont permis de former 250 agents. Le programme de cette formation a été élaboré par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en concertation avec la DGCS, l'ANAP et la CNSA. Les fédérations et associations gestionnaires ont également été formées. De plus, la CNSA a organisé deux journées d'information à l'intention des correspondants des conseils départementaux.

La réforme tarifaire des EHPAD et l'évaluation de son impact

La CNSA a appliqué les nouvelles règles de tarification des EHPAD à la préparation de la campagne budgétaire 2017. Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins.

Ces forfaits sont calculés par le biais d'une équation tarifaire, qui a été automatisée pour la campagne budgétaire dans l'application HAPI (système d'information partagé) qui permet de tarifer les ESMS et suivre le déroulé des campagnes budgétaires.

Le processus de construction de l'objectif global de dépenses (OGD) dans le champ des personnes âgées a évolué de façon importante à l'entrée en vigueur de la réforme, pour prendre en compte la dotation cible de chaque EHPAD.

Pour autant, la préparation de la campagne budgétaire n'a pas pris de retard significatif.

La CNSA a également procédé à un important travail de simulation de **l'impact budgétaire de la réforme tarifaire des EHPAD** sur le volet soins et sur le volet dépendance. L'exploitation des comptes administratifs 2016 des EHPAD et les valeurs de point groupes iso-ressources (GIR) départementales ont permis à la CNSA d'estimer l'impact de la réforme, notamment sur le volet dépendance. Les résultats de ces simulations ont été présentés lors du premier comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation le 25 septembre 2017. La CNSA a ensuite apporté son appui aux travaux du médiateur désigné par la ministre pour évaluer les impacts de la réforme.

[Focus] Deux publications sur les EHPAD en 2017

L'exploitation d'un ensemble de données sur les EHPAD, notamment les remontées de leurs prix pour le portail *Pour les personnes âgées*, leur tarification et leurs comptes financiers ont permis deux publications importantes sur ces établissements en 2017 :

- le Rapport sur les EHPAD en 2016, qui dresse un panorama de leur situation et leur activité en termes d'implantation, de capacité d'accueil, de profil des résidents, de budget de fonctionnement ou encore de remboursements par l'assurance maladie ;
- le numéro 4 de la collection Analyse statistique de la CNSA.

SERAFIN-PH, une réforme tarifaire pour faciliter les parcours

La CNSA copilote avec la DGCS le projet de réforme de la tarification SERAFIN-PH (services et établissements, réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées). Cette réforme a pour objectif d'aboutir à de nouvelles modalités tarifaires favorisant l'évolution de l'offre médico-sociale vers des réponses plus souples dans le temps, s'ajustant mieux aux besoins des personnes concernées et de leur entourage. Elle doit faciliter les parcours et le recours à différentes modalités d'accompagnement et de soins.

La première phase de ce projet vise à créer les outils nécessaires à la réforme tarifaire. Le nouveau modèle tarifaire fondé sur ce référentiel sera élaboré, testé et éprouvé dans la seconde phase du projet.

Les travaux sont menés au sein du groupe technique national rassemblant les principaux acteurs du secteur : administrations et agences de l'État, MDPH, ARS, l'Assemblée des départements de France (ADF), CNAMTS¹⁶, et l'ensemble des fédérations et associations représentant le secteur médico-social accueillant des personnes handicapées.

Les travaux ont commencé en 2015 par l'élaboration d'un vocabulaire commun et partagé des besoins et des prestations : les nomenclatures. Elles peuvent décrire concrètement le parcours d'une personne en situation de handicap, en particulier pour des accompagnements modulaires, pluri-acteurs et plurisecteurs.

¹⁶ CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Sur cette base, différents chantiers ont été poursuivis ou engagés.

Un recensement des différents usages des nomenclatures des besoins et des prestations par l'ensemble du secteur a été effectué en 2017. Au-delà de leur possible usage à visée tarifaire, ces nomenclatures sont déjà utilisées pour :

- décrire les situations individuelles dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous » ;
- gérer l'offre, suivre et piloter l'activité des ESMS en structurant les CPOM ;
- décrire l'offre territoriale en outillant le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- partager un langage dans le système d'information commun des MDPH ou les tableaux de bord de la performance (indicateurs).

La CNSA participe à leur diffusion et à leur appropriation.

Deux enquêtes de coût ont été réalisées en 2016 et 2017, avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), afin de comprendre les variations du coût des prestations réalisées par les ESMS.

Une enquête « repères » a également été menée auprès de professionnels d'un échantillon de structures pour personnes handicapées afin de cibler ce qui était ressenti comme générateur de surcoût, ou de moindre coût, par rapport à des accompagnements plus communs. Cette enquête est la première étape de la réflexion sur l'articulation entre les charges des ESMS et les caractéristiques des personnes qu'ils accompagnent. Les repères identifiés seront intégrés à l'étude nationale de coûts qui sera déployée en 2018 pour expliquer la variabilité des coûts d'accompagnement.

Préparée en 2017 avec l'ATIH et un groupe de travail dédié, cette étude nationale de coûts permettra de préciser les résultats des deux enquêtes de coût en y adjoignant des éléments sur l'accompagnement des personnes et leurs besoins. Des travaux complémentaires seront ensuite conduits, au cours de la deuxième phase du projet, pour proposer un modèle qui réponde au mieux aux objectifs de la réforme, à savoir favoriser les parcours et l'inclusion.

En complément, les modèles de financement existants dans les secteurs de la santé et médico-social, en France et à l'étranger, ont été étudiés en 2017.

[Définition] Distinguer enquête de coûts et étude de coûts

L'enquête de coûts consiste à retraiter les données comptables des établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux visés pour l'année écoulée. Leurs charges sont réparties selon un découpage préétabli par activité qui permet de mesurer les coûts réels de chacune d'entre elles. L'étude de coûts consiste à retraiter les données comptables des établissements et services pour construire une approche analytique, en intégrant des éléments sur l'accompagnement des personnes et leurs besoins.

L'ESSENTIEL

- > 50 conventions ont été conclues avec les départements dans le cadre du fonds d'appui aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide et l'accompagnement à domicile. Les crédits de 43 M€ alloués par la CNSA dans ce cadre permettent un effet de levier dans l'amélioration des pratiques conjointes des SAAD et des départements dans la mesure où ces derniers s'engagent à apporter 81 M€ supplémentaires. 7 M€ sont prévus en faveur des SAAD situés dans les départements n'ayant pas conventionné avec la CNSA.
- > Le développement de l'habitat inclusif s'est renforcé en 2017, avec l'instauration de la démarche nationale, l'installation de l'Observatoire de l'habitat inclusif et la publication d'un guide d'aide au montage des projets.
- > Le déploiement de la réponse accompagnée pour tous s'est poursuivi en 2017 : 66 nouveaux territoires se sont engagés dans la démarche, rejoignant 24 territoires pionniers. Pour favoriser le déploiement territorial de la démarche et le partage des pratiques entre territoires, la CNSA a notamment mis à la disposition de l'ensemble des partenaires un rapport de capitalisation de l'expérience des territoires pionniers.
- > La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre pour les personnes handicapées, impulsée par la CNH et le CIH en 2016, a commencé à se concrétiser. Les premiers outils de suivi de la transformation ont été définis, en particulier les indicateurs.
- > Les réformes de la tarification et de la contractualisation, leviers de la transformation de l'offre, ont été mises en œuvre en 2017 : la généralisation des CPOM est largement engagée, les EPRD ont été mis en œuvre et les nouvelles règles de financement des EHPAD ont été appliquées.
- > Les travaux relatifs à la réforme de la tarification dans le champ du handicap, SERAFIN-PH, menés sous le double pilotage de la DGCS et la CNSA, se sont poursuivis en 2017 avec l'appropriation des nomenclatures et de la logique de SERAFIN-PH par l'ensemble du secteur, la réalisation d'une seconde enquête nationale de coûts, une étude « repères » et la préparation méthodologique de l'étude nationale de coûts.

3.6 L'animation, l'appui et les partenariats nationaux et territoriaux

La CNSA anime et appuie des réseaux d'acteurs, tant au niveau national que territorial. Auprès des acteurs territoriaux, cette mission d'appui et d'animation se double d'une fonction de financement. La CNSA développe une offre de services pour et avec ces acteurs de terrain. Les outils nécessaires à leur action sont co-construits, dans une perspective d'harmonisation des pratiques et d'équité de traitement sur le territoire.

Informer, animer, créer du lien

La CNSA associe étroitement les acteurs du secteur aux chantiers qu'elle mène. Qu'il s'agisse de la conférence des financeurs, du système d'information commun des MDPH, de la « réponse accompagnée pour tous » et de la transformation de l'offre, des réformes du financement ou encore de l'aide aux proches aidants, les projets engagés ces dernières années ont un caractère transversal et systémique. Ils impactent l'ensemble des acteurs.

Cela implique de **créer du lien non seulement au sein des réseaux, mais aussi entre les réseaux**. Afin de susciter des échanges, des interactions ou des collaborations entre les acteurs, la CNSA développe une **animation de plus en plus croisée** des différents réseaux auxquels elle apporte son appui – les MDPH, les départements, les ARS, les associations nationales – ainsi qu'une **animation interdépartementale et interrégionale**.

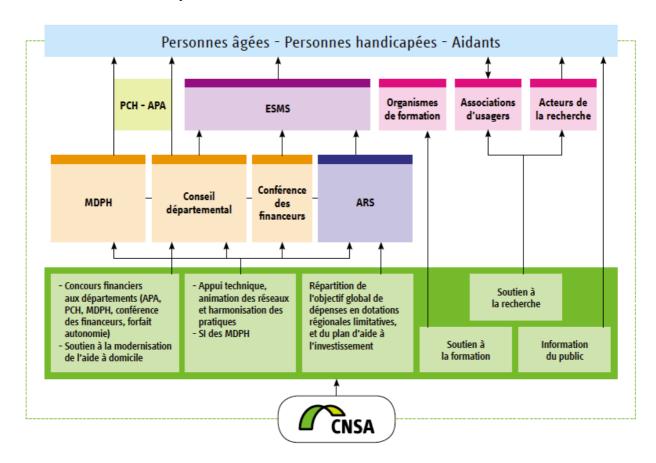
En 2017, la CNSA a encore diversifié ses réseaux (directions des systèmes d'information dans les conseils départementaux, éditeurs des logiciels des MDPH, fonction accueil des MDPH). Elle a aussi poursuivi le renouvellement de ses méthodes et de ses outils d'animation pour toucher plus largement et efficacement un grand nombre de professionnels sur tout le territoire (harmonisation des lettres d'information, webconférences pour les réunions techniques...).

Les trois interviews suivantes seront intégrées au rapport édité : regards croisés MDPH, conseils départementaux et ARS sur l'évolution de l'animation.

- [Interview] Annie Coletta, présidente de l'association des directeurs de MDPH
- [Interview] Jean-Michel Rapinat, président de l'Assemblée des départements de France (ADF)
- [Interview] Michel Laforcade, directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine

Les partenariats territoriaux

Les partenaires et relais territoriaux de la CNSA



Les agences régionales de santé

Les ARS sont le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) et l'allocation des ressources que la CNSA administre au plan national. La CNSA leur délègue la répartition des aides à l'investissement qu'elle finance.

Les ARS sont aussi le relais de terrain pour le soutien du secteur de l'aide à domicile et sa modernisation dans les départements avec lesquels la CNSA n'a pas signé de convention, comme pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et le déploiement de MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

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

L'animation du réseau des ARS

La CNSA co-anime avec le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) le réseau des ARS. Ainsi, elle contribue fortement aux comités techniques sectoriels sur le médico-social, qui réunissent les directeurs de l'autonomie des ARS. Elle participe aux ateliers techniques organisés par le SGMAS : travail interrégional sur la recomposition de l'offre, préparation des projets régionaux de santé (PRS).

Chaque année, la CNSA organise à l'issue de la campagne budgétaire, en lien avec la DGCS et le SGMAS, des **dialogues de gestion** propres au médico-social avec les ARS. La fiabilisation des données budgétaires issues des enquêtes tarifaires est réalisée en amont afin de privilégier l'évocation des politiques de l'autonomie menées par l'ARS. Cette journée annuelle de dialogue permet d'apprécier la mise en œuvre de ces politiques et de consacrer formellement un temps d'échange à la situation de chaque ARS. Les expériences innovantes sont repérées en vue de les faire partager aux autres ARS.

Les conseils départementaux

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

Ils assurent également la tutelle administrative et financière de la MDPH. Pour les accompagner, la CNSA veille à l'échange d'informations et d'expériences et à la diffusion des bonnes pratiques.

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

Depuis 2015, le champ des travaux communs entre la CNSA et les départements s'est élargi à de nombreux domaines : les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, l'aide aux proches aidants, le fonds d'appui aux bonnes pratiques mis en place en 2017 pour accompagner la réforme de l'aide à domicile, la labellisation des maisons de l'autonomie ou encore la participation à la construction du portail Internet *Pour les personnes âgées*.

L'année 2017 est celle d'une première structuration de l'animation des conseils départementaux sur les thèmes de l'allocation des ressources aux ESMS et de la contractualisation. Les référents « tarificateurs » ont été identifiés. Ils ont été formés, avec les référents des ARS, aux réformes tarifaires et ont bénéficié de réunions d'information auxquelles la quasi-totalité des départements étaient représentés, sur place ou en vidéo-conférence. Ils ont aussi répondu à l'enquête de la CNSA sur les informations techniques nécessaires à l'évaluation des impacts de la réforme des EHPAD (voir le chapitre 3.5).

Le réseau des médecins valideurs des évaluations AGGIR-PATHOS dans les conseils départementaux est également en cours de structuration (voir le chapitre 3.4).

En application de la loi ASV, la CNSA apporte un appui technique aux **équipes médico-sociales des départements**. Elle agit comme un lieu d'échange et de convergence des pratiques d'évaluation et d'élaboration des plans d'aide en favorisant leur harmonisation sur le territoire national. Son offre de service a porté plus particulièrement cette année sur l'appropriation du référentiel d'évaluation des besoins des personnes âgées, la carte mobilité inclusion (CMI), les aides techniques, l'aide aux proches aidants et les nouvelles réglementations issues de la loi ASV.

Les MDPH

Depuis leur création en 2005, la CNSA est chargée auprès des MDPH d'une mission d'animation de réseau, d'appui et d'harmonisation des pratiques. Elle s'attache à toujours améliorer la qualité de son offre de services.

Les **séminaires nationaux des directeurs** des MDPH se déroulent désormais sur deux journées au lieu d'une et sont davantage tournés vers la politique du handicap et les aspects stratégiques des projets. Ils sont aussi l'occasion d'échanger sur les grands chantiers nationaux, de travailler à la construction d'outils et de procéder à l'analyse croisée des pratiques.

Inaugurés pour le système d'information commun, de **nouveaux outils** de collaboration sur des sujets techniques, de type web-conférence, permettent de recentrer les réunions sur des sujets plus politiques.

La CNSA a initié une animation par catégorie de métiers de la MDPH, en commençant par la fonction « accueil et information ». Elle a réuni les représentants de ce nouveau réseau en novembre 2017.

Les MPDH se sont fortement mobilisées pour participer aux **réunions régionales** sur le système d'information commun. Cette proximité facilite le développement de relations à l'échelle régionale.

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

En 2017, la CNSA a particulièrement **renforcé son appui aux MDPH** en construisant avec elles un nouveau modèle harmonisé de formulaire de demande d'aide et de certificat médical. Pour faciliter l'accès à l'information, la CNSA a aussi diffusé une série de trente-six fiches d'information formulées en facile à lire et à comprendre (voir le chapitre 3.8) ainsi que des infographies sur la CMI (voir ci-dessous).

L'enquête annuelle de satisfaction des MDPH pour les services rendus par la CNSA montre un niveau de satisfaction élevé.

La carte mobilité inclusion : déploiement complet en une année

Les cartes d'invalidité, de priorité ou de stationnement ont été progressivement remplacées en 2017 par la carte mobilité inclusion (CMI). Instituée par la loi pour une République numérique de 2016, cette nouvelle carte unique, infalsifiable et sécurisée est délivrée par le conseil départemental et fabriquée par l'Imprimerie nationale. Elle doit permettre aux MDPH de se recentrer sur des missions à plus forte valeur ajoutée pour les usagers. Fabriquée dans des délais restreints, elle offre un meilleur service à l'usager.

La CNSA copilote le déploiement de la CMI avec la DGCS et l'Imprimerie nationale. En moins d'une année, toutes les MDPH ont migré vers la composante « commande de la CMI à l'Imprimerie nationale » du système d'information commun. Cette réussite est de bon augure pour la suite du déploiement.

Pour accompagner les MDPH et les départements dans les changements de leur organisation, la CNSA avait mis à leur disposition fin 2016 un « guide de déploiement de la carte mobilité inclusion », fondé sur plusieurs scénarios. En 2017, elle a poursuivi son soutien à travers des échanges en continu : les lettres *Infos réseau MDPH* et *Infos réseau Départements*, des webconférences sur le système d'information CMI, la constitution d'une « foire aux questions », une boîte à lettres électronique dédiée, un espace dématérialisé de partage d'informations... Les différents réseaux de correspondants impactés par la nouvelle CMI – directeurs de MDPH, coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, correspondants scolarisation, correspondants fonction accueil – ont été informés lors des réunions nationales. Enfin le club des utilisateurs a été mis en place.

En direction des usagers, la CNSA a mis à disposition un kit de communication pour aider les MDPH à les informer sur la CMI et les démarches à conduire pour en bénéficier. Ce kit se compose de trois infographies et de huit fiches d'informations rédigées en facile à lire et à comprendre (voir le chapitre 3.8).

Plus de 380 000 cartes mobilité inclusion envoyées aux bénéficiaires en 2017.

Le « club utilisateurs CMI » est lancé

Prévu par la convention nationale relative à la carte mobilité inclusion, le club des utilisateurs du système d'information CMI s'est réuni pour la première fois en octobre 2017. Animé par la CNSA, il regroupe les utilisateurs des MDPH et des conseils départementaux. Sa fonction principale est de recenser les difficultés techniques rencontrées et de centraliser et prioriser les demandes d'évolution du système.

[Témoignage] MDPH 37

à venir

L'accompagnement des proches aidants

La CNSA accompagne une pluralité d'acteurs – associations, conseils départementaux, ARS – dans le déploiement d'actions destinées aux proches aidants, quelle que soit l'origine du handicap ou de la perte d'autonomie de la personne aidée. Son cadre d'intervention a été renforcé par la loi ASV. Elle intervient en appui aux opérateurs en mettant à leur disposition des outils et des référentiels, en animant des réseaux de référents et en apportant des financements. Elle contribue ainsi à une meilleure structuration des actions en direction des proches aidants.

En 2017, la CNSA a poursuivi et amplifié la mise en œuvre de sa feuille de route établie pour la période 2016-2019. Plusieurs séances d'appropriation, par les équipes médico-sociales des départements, du **référentiel d'évaluation des besoins** pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été consacrées à sa dimension « proches aidants ». La CNSA appuie également ces équipes dans l'appropriation des évolutions réglementaires apportées par la loi ASV sur les solutions de répit et de relais pour les proches aidants. Par ailleurs, le **nouveau formulaire de demande d'aide aux MDPH** intègre la situation des aidants de la personne en situation de handicap.

La CNSA a précisé la nature des actions d'accompagnement des proches aidants éligibles au cofinancement : la palette d'actions est élargie afin de répondre à la diversité des besoins et situations. Des formations peuvent être financées, mais aussi des actions de sensibilisation, de soutien social ou moral, d'information ou de médiation familiale. Les conseils départementaux peuvent également mobiliser ces moyens au service de la formalisation d'une stratégie collective et transverse à l'accompagnement des proches aidants, *via* par exemple la conduite d'un diagnostic territorial de l'offre et des besoins.

Dans ce contexte, la CNSA a élaboré avec ses partenaires, auxquels il est destiné, un **guide d'appui méthodologique à la mobilisation de la section IV** de son budget pour l'accompagnement des proches aidants. Publié en décembre 2017, ce guide offre les clés de compréhension de la structuration de l'offre destinée aux proches aidants et de l'articulation des financements dans ce champ. Il indique les critères d'éligibilité au cofinancement et donne des repères méthodologiques pour mettre en œuvre des actions d'accompagnement. Les deux rencontres nationales organisées par la CNSA en septembre 2017 ont été l'occasion de présenter ce guide aux acteurs des départements, des ARS et des associations nationales susceptibles de développer le soutien aux proches aidants. L'objectif est notamment de favoriser les conventionnements avec ces partenaires et de les encourager à travailler ensemble.

- > 80 % (40 sur 50) des conventions signées avec les conseils départementaux comprennent un axe dédié aux proches aidants
- > 7 conventions avec des associations nationales, dont 2 signées en 2017

Par ailleurs, le programme de formation des proches aidants dans le cadre du plan Autisme se poursuit (voir chapitre 3.5) et l'année 2017 est marquée par le lancement des travaux sur les aidants du **volet** « **polyhandicap** » de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre : « Soutenir les proches aidants et co-construire avec eux. »

[Témoignage] Sophie Dacbert, responsable formation, Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique (UNAFAM)

Accompagner les proches aidants dans la durée

L'Unafam est une association reconnue d'utilité publique, qui accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques.

Grâce à la CNSA, notre partenaire depuis 2013, nous avons eu la possibilité de structurer nos actions mais aussi de les diversifier afin de répondre aux besoins des aidants en les accompagnant dans la durée. C'est un partenariat qui va bien au-delà du soutien financier. Avec la CNSA et les autres partenaires, nous partageons des problématiques communes, réfléchissons ensemble à la structuration de nos actions, à leur déploiement, à leur impact et à nos leviers d'amélioration, pour que tous les aidants puissent en bénéficier.

Ainsi l'Unafam déploie sur l'ensemble du territoire des actions d'information, de formation et de soutient psychologique :

- Information : repères essentiels sur les troubles psychiques (maladies, handicap, organisation des soins en psychiatrie, dispositifs d'aide existants) et plus spécifiques, par exemple « École et troubles "psy" ».
- **Formation**: savoir-être et savoir-faire (ateliers d'entraide Prospect; formation « Mieux communiquer avec son proche bipolaire »).

Ces actions sont animées par des professionnels et par des bénévoles de l'association concernés par la maladie d'un proche et eux-mêmes formés. Plus de 7 000 proches aidants de personnes vivant avec des troubles psychiques en ont bénéficié depuis 2013.

• Soutien psychologique : entretiens téléphoniques, en face à face ou via un appel vidéo, avec des psychologues de l'association basés au siège.

Les conférences des financeurs : un premier bilan

Dispositif phare de la loi ASV, les conférences des financeurs ont pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. La CNSA soutient les conférences des financeurs par un accompagnement régional et national, des outils et des supports favorisant l'échange de bonnes pratiques. Elle verse aux départements des concours financiers spécifiques destinés à financer de nouvelles actions de prévention de la perte d'autonomie ou à compléter des actions déjà identifiées (forfait autonomie des résidences autonomie, actions concernant les aides techniques, SPASAD¹⁷, autres actions collectives de prévention).

La CNSA a poursuivi de façon active l'animation des conférences des financeurs en 2017. Une rencontre technique nationale a réuni en avril plus de 200 de leurs représentants pour échanger sur leurs programmes de financements, les types d'actions de prévention et les outils ou démarches territoriales qu'ils ont déployés. Une autre journée d'échanges a rassemblé en juillet les référents des départements, ainsi que les têtes de réseau nationales des associations et des fédérations.

Les ateliers thématiques ont poursuivi leurs travaux, notamment sur les aides techniques, l'adaptation des logements à l'avancée en âge et le rapport d'activité et un cahier pédagogique de la conférence des financeurs a été publié en avril.

La conférence de financeurs :

- > installée pour 99 territoires en 2016
- > installée pour 6 territoires d'outre-mer en 2017
- > **97** rapports d'activité 2016 transmis

L'année 2017 est marquée par la production de la première synthèse des rapports d'activité des conférences des financeurs (publiée en février 2018). La nomenclature et la maquette des données à transmettre ainsi que le guide d'utilisation ont été co-construits avec les départements.

L'analyse des rapports d'activité 2016 livre un **bilan satisfaisant dans l'ensemble**, qui reste cependant à confirmer. L'objet même de la conférence fait consensus pour les membres de droit et les acteurs locaux. Elle favorise la connaissance réciproque et les relations partenariales entre les membres, dont la mobilisation a été un atout.

L'effet de levier voulu par la loi ASV est démontré : les concours de la CNSA (59 M€) ont eu pour effet d'augmenter les dépenses de prévention de 49 % (passant de 108 M€ à 167 M€). Près de 90 000 actions en plus ont pu être réalisées dans 77 territoires, en faveur d'un million de participants en plus. Le bilan de l'année 2017 devrait confirmer cette tendance.

¹⁷ SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

Plus de 8 territoires sur 10 ont établi un diagnostic partagé des besoins des personnes âgées et les trois quarts ont défini un programme coordonné de financement. Ces programmes s'inscrivent globalement dans le périmètre des axes de la conférence et du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.

Cette synthèse apporte, pour la première fois, une vision d'ensemble des sommes consacrées à la prévention de la perte d'autonomie par les différents partenaires (partenaires locaux des conférences, assurance maladie, ANAH, CNSA).

Vers un nouveau modèle de gouvernance

Dans le cadre de sa contribution à la sratégie nationale de santé, la CNSA préconise la création d'un centre de preuve national dédié à la prévention de la perte d'autonomie venant en appui des conférences des financeurs pour leur apporter des informations sur les démarches probantes de prévention. Dans une vision plus prospective, l'apport du modèle original de gouvernance des conférences des financeurs fera l'objet d'une étude par la CNSA, notamment afin d'évaluer l'opportunité de le reproduire.

Les partenariats nationaux

En application de la loi, la CNSA est liée par convention aux **organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse** : la CNAV/CCMSA, la CNAMTS, l'ACOSS¹⁸ et les autres caisses d'assurance maladie (Établissement national des invalides de la Marine, Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, etc.).

Dans le champ médico-social, elle est membre du groupement d'intérêt public ANESM, ainsi que des conseils de l'ANAP et de l'ASIP Santé¹⁹. Elle contribue aux travaux et au suivi de ces agences et leur apporte des concours financiers. Une coopération avec l'ATIH²⁰ est formalisée à travers une conventioncadre pour la préparation et la réalisation d'études et enquêtes nationales de coût.

Le partenariat avec l'ASIP Santé est renforcé dans le cadre de deux chantiers, le système d'information commun des MDPH et l'intégration d'un outil d'évaluation commun dans les logiciels des gestionnaires de cas du dispositif MAIA.

La CNSA tisse également un réseau partenarial dense et dynamique avec de nombreux **autres organismes nationaux** agissant dans son champ, parmi lesquels : la CNAF, Santé publique France, l'IReSP, l'ANR, l'ANAH, l'AGEFIPH et le FIPHFP, l'ANCREAI²¹, la Fondation de coopération scientifique Alzheimer.

¹⁸ CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse ; CCMS : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

¹⁹ ANESM : Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ; ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé

²⁰ ATIH : Agence technique de l'information hospitalière

²¹ CNAF: ANR, l'ANAH, l'AGEFIPH et le FIPHFP, l'ANCREAI: réseau des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

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

Un exemple de conventionnement avec les fédérations et regroupements d'associations : former les GEM à la gestion associative

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale, organisés sous forme associative. Créés par la loi de 2005, les GEM accueillent des personnes fragilisées en raison d'une souffrance psychique (8 GEM sur 10) ou d'un traumatisme crânien. Ce sont des lieux de rencontre, d'échanges et d'activités dans une approche de pair-aidance.

Un GEM est autogéré par ses adhérents, mais doit être épaulé dans son fonctionnement par un « parrain », le plus souvent une structure associative. Des professionnels salariés ou bénévoles viennent en appui à ses membres dans la gestion quotidienne. La CNSA assure la gestion du dispositif depuis 2011. Elle finance les GEM par le biais des ARS et établit annuellement un bilan de leur activité et de leur fonctionnement.

- > **430** GEM ouverts sur l'ensemble du territoire, dont **394** financés par la CNSA
- > Près de 20 000 adhérents
- > **32,9 M€** alloués

Les résultats de l'Évaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents, réalisée par l'ANCREAI à la demande de la DGCS et de la CNSA, ont été publiés en novembre 2017.

Un nouveau cahier des charges des GEM (2016) clarifie le rôle et les obligations de chaque acteur. Notamment, les fonctions de parrain et de gestionnaire doivent être séparées et le GEM doit se constituer en association d'usagers dans un délai de trois ans après sa création. Afin de les aider à s'autonomiser et à se stabiliser, la CNSA a souhaité accompagner les GEM dans l'appropriation de ce cahier des charges au moyen de formations sur la gestion associative et le rôle de chaque acteur. Elle a signé avec cinq fédérations connaissant bien les GEM ou regroupements de GEM une convention de subvention. Les formations ont pu être dispensées pour la plupart dès 2017.

Par ailleurs, les GEM contribuant à l'autonomie des personnes, ils ont un rôle décisif à jouer dans la mise en œuvre du **volet** « **handicap psychique** » **de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre**. À ce titre, 7,8 M€ sont consacrés sur trois ans, de 2017 à 2019, à la création de 89 nouveaux GEM et à la revalorisation des budgets alloués aux GEM existants (plafond estimé à 78 000 € par GEM, soit 3 000 € de plus). Les critères de répartition de ces mesures nouvelles visent la réduction des disparités régionales. En 2017, 2,9 M€ ont été répartis entre les ARS et 26 GEM ont été créés.

L'ESSENTIEL

- > Les projets engagés ces dernières années ayant un caractère transversal et systémique, la CNSA développe une animation de plus en plus croisée des différents réseaux auxquels elle apporte son appui les MDPH, les départements, les ARS, les associations nationales ainsi qu'une animation interdépartementale et interrégionale.
- > Le renouvellement des méthodes et outils d'animation se poursuit.
- > L'année 2017 est celle d'une première structuration de l'animation des conseils départementaux sur les thèmes de l'allocation des ressources aux ESMS et de la contractualisation.
- > La CNSA a renforcé en 2017 son appui aux MDPH avec la refonte du formulaire de demande, la création d'un modèle de certificat médical, la production de fiches d'information en facile à lire et à comprendre et d'infographies sur la carte mobilité inclusion (CMI).
- > La CMI a été déployée sur l'ensemble du territoire.
- > L'accompagnement du déploiement d'actions destinées aux proches aidants s'est amplifié. Un guide d'appui méthodologique a été publié pour aider les acteurs des départements, des ARS et des associations nationales à mobiliser des crédits sur le budget de la section IV de la CNSA.
- > Un premier bilan des conférences des financeurs, satisfaisant dans l'ensemble, a pu être produit à partir des rapports d'activité 2016 des conférences. L'effet de levier des concours CNSA est notamment vérifié.
- > La formation des groupes d'entraide mutuelle (GEM) offre en 2017 un exemple de partenariat de la CNSA avec les fédérations et regroupements d'associations : grâce à des conventions avec ces dernières, des formations à la gestion associative ont été dispensées sur l'ensemble du territoire à destination des GEM.

3.7 Le soutien à la recherche et à l'innovation

Avec l'appui stratégique et méthodologique de son Conseil scientifique, la CNSA apporte son soutien à la recherche, aux études et aux actions innovantes. Son objectif est de mettre la connaissance et l'expérimentation au service des solutions de demain pour l'accompagnement à l'autonomie.

Le soutien à la recherche

La CNSA soutient la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie en finançant des projets de recherche, dans le cadre d'appels à projets ou ponctuellement. Elle soutient aussi financièrement la constitution de données de référence pour la recherche et établit des partenariats avec des opérateurs de recherche. Enfin, elle organise tous les deux ans ses Rencontres scientifiques.

Rendre accessibles les résultats des recherches

La CNSA s'est engagée en 2017 dans une démarche de valorisation de la recherche qu'elle a financée. Elle a préparé la publication sur son site Internet de l'essentiel des résultats établis par les chercheurs. Les rapports finaux des projets terminés seront mis progressivement en ligne en 2018²². Ils seront accompagnés systématiquement d'une courte synthèse et des coordonnées du porteur de projet scientifique qui peut être contacté.

C'est une manière de rendre accessibles aux professionnels du champ de l'autonomie, aux personnes concernées et à leur entourage les nouvelles connaissances scientifiques produites par les chercheurs. Ces résultats pourront alimenter utilement leur réflexion, voire susciter leur participation à de futurs projets de recherche.

La CNSA souhaite favoriser à l'avenir les collaborations entre les chercheurs et les parties prenantes du champ du handicap et de la perte d'autonomie, afin d'intégrer leurs préoccupations dans les futurs programmes de recherche.

Dans cet esprit, elle a prévu d'organiser une série de rencontres entre les parties prenantes (personnes concernées, opérateurs, décideurs) pour leur présenter et soumettre à la discussion les résultats des recherches financées, échanger sur les besoins en recherche, envisager les modalités de collaboration. Deux premiers groupes de travail thématiques, l'un sur l'aide à domicile et l'autre sur le handicap psychique, seront mis en place dès 2018.

Depuis 2007:

263 projets de recherche ou actions financées

146 projets achevés

31,7 M€ engagés

(visuel possible : une fiche de résultat)

²² lien (url de la page)

Le Conseil scientifique dresse un bilan de l'action de la CNSA

S'appuyant sur le travail de valorisation des travaux de recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie soutenus par la CNSA, le Conseil scientifique a pu établir un bilan des avancées de cette recherche et soumettre à la réflexion du Conseil de la CNSA de nouvelles orientations.

Douze ans après sa création, au terme de sa troisième mandature, le Conseil scientifique sera renouvelé fin 2018. Parmi les membres fondateurs, Marie-Ève Joël et Jean-Yves Barreyre, respectivement présidente et vice-président du Conseil scientifique, terminent leur mandat.

Marie-Ève Joël, présidente du Conseil scientifique de la CNSA

Quel bilan faites-vous de ces douze années de soutien à la recherche ?

Il y a lieu d'être satisfait. En apportant un soutien massif à des projets de recherche à travers des appels à projets, la CNSA a été déterminante pour faire émerger un champ de recherche qui n'existait pas : le handicap et la perte d'autonomie. Les recherches et les équipes sont de plus en plus nombreuses à investir ce champ qui connaît une réelle structuration : des thématiques nouvelles sont apparues et des exigences méthodologiques se sont développées.

Le bilan est donc positif. Est-ce vrai dans tous les domaines ?

Le bilan est effectivement différencié selon que l'on regarde les sciences humaines et sociales, les technologies de la compensation ou la recherche interventionnelle.

Dans les sciences humaines et sociales, qui étudient les enjeux sociaux, sociétaux et humains du handicap et de la perte d'autonomie, l'impact de la CNSA est important. Elle est bien identifiée des chercheurs. La qualité des projets est en progression, certains projets font l'objet de publication et des panels d'experts et des réseaux commencent à émerger.

Le constat est plus nuancé en matière de recherche technologique pour la compensation. De beaux projets ont pu être menés, mais le cadre des financements est très dispersé et le champ de recherche très vaste. L'expertise du Conseil scientifique sur ces travaux reste à développer, de même que les relations entre les industriels et les acteurs de terrain.

Enfin, la recherche interventionnelle médico-sociale commence seulement à se structurer. Si des projets ancrés au terrain ont vu le jour, on constate un déficit de méthode, de personnel et de culture scientifique, mais aussi de financements dédiés et d'institutions validant les pratiques. Cette recherche doit être soutenue, afin qu'elle puisse dégager des conclusions fiables et fonder ainsi des politiques valables.

Dans l'ensemble, la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie est utile et attendue. Elle apporte des connaissances sur la complexité des situations, l'expérience vécue, les enjeux de l'accompagnement, les politiques publiques... Elle ouvre à des échanges entre les chercheurs, les professionnels, les décideurs et les personnes concernées et leurs proches, dont les attentes sont grandes.

Jean-Yves Barreyre, vice-président du Conseil scientifique de la CNSA

En quoi le Conseil scientifique a-t-il influé sur la question sociale du handicap et de la perte d'autonomie ?

Je distinguerais trois dimensions. Le Conseil scientifique a participé à construire un autre regard sur les personnes en situation de perte ou de manque d'autonomie. Il a aussi milité pour une coopération des disciplines scientifiques. Enfin, il a œuvré pour un dépassement des réponses institutionnelles sectorisées aux besoins des personnes.

Vous distinguez plusieurs périodes dans les travaux du Conseil scientifique. Lesquelles ?

Dans les premières années, porté par l'enthousiasme des précurseurs, il s'est attaché à défendre et à diffuser le modèle social du handicap et de la perte d'autonomie, *via* notamment la conception et l'accompagnement de grandes enquêtes en population générale et la participation aux *Disability Studies*²³.

Très vite se pose la question d'une compréhension globale des besoins et attentes des personnes. La réflexion autour des classifications internationales et de leur traduction dans les outils règlementaires français conduira à s'interroger de manière plus globale sur les systèmes d'information avec le chantier du SIPaPH²⁴.

Dans le même temps, la CNSA s'interroge sur ce que la réglementation appelle le « projet de vie ». Le Conseil scientifique suivra les études financées par la CNSA portant sur cette question, sous laquelle apparaît celle du pouvoir d'agir des personnes et leurs capacités à agir sur leur « chaînes d'interdépendance » comme disait le sociologue Norbert Elias.

Via les appels à projets se développent des programmes de recherche sur les populations pour lesquelles les réponses publiques doivent être particulièrement améliorées, comme le handicap psychique, l'autisme ou les jeunes à difficultés multiples. Ces programmes participeront à accélérer les nécessaires réformes organisationnelles dans la construction coopérative des réponses.

La dernière période, depuis 2014, est celle du suivi des grands chantiers, de l'expérimentation des MAIA²⁵ jusqu'à la généralisation de la « réponse accompagnée pour tous », en passant par le système d'information commun des MDPH, la réforme de la tarification SERAFIN-PH ou le dossier unique.

La prochaine étape sera de développer la diffusion et l'appropriation des résultats de recherche, la co-construction des appels à projets, la recherche collaborative, le soutien des savoirs expérientiels et le virage inclusif.

²³ Courant international de la recherche sur le handicap qui le considère comme une « construction sociale ».

²⁴ Système d'information partagé avec les MDPH.

²⁵ MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

Les appels à projets de recherche

L'appel à projets thématique 2017, géré par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), porte sur les « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux ». Il est le fruit d'un séminaire conçu par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et mis en œuvre par l'IReSP avec la CNSA entre novembre 2016 et janvier 2017 afin de transformer les questions opérationnelles d'acteurs de terrain et de décideurs publics en questions de recherche. Ce travail de concertation entre acteurs et chercheurs visait également à alimenter par des travaux de recherche la réflexion des acteurs publics autour de l'accompagnement des personnes handicapées. À l'issue de l'appel à projets, cinq projets de recherche ont été retenus (budget total : 408K€).

Sept autres projets en sciences humaines et sociales (SHS) ont par ailleurs été retenus au titre de l'appel annuel « Handicap et perte d'autonomie », également géré par l'IReSP (budget total : 672 K€), quatre projets dans le cadre du programme général de recherche de l'ANR (budget total 350 K€), sept projets dans le cadre de l'appel à projets SHS de la Fondation maladies rares (300K€), deux projets dans le cadre de l'appel à projets de la Fondation Plan Alzheimer (budget : 250 K€) ainsi qu'un contrat de recherche établi en direct avec le Centre Max Weber pour étudier les processus d'admission en établissement pour personnes handicapés (185K€)

Les chercheurs et les acteurs se rencontrent sur le thème de la transformation de l'offre

La journée d'actualité des politiques de l'autonomie organisée avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) le 2 octobre 2017 a permis d'intégrer, pour la première fois, la réflexion des chercheurs aux points de vue des usagers, des financeurs et des porteurs de projet. Sur le thème du « Virage inclusif » : quelles transformations pour les établissements et services médicosociaux ?, deux chercheurs de l'EHESP, une géographe et un sociologue, ont présenté aux acteurs de l'accompagnement médico-social et aux élèves de l'école les premiers résultats des travaux engagés dans le cadre du contrat de recherche liant l'EHESP et la CNSA signé en juillet 2016.

En 2017 il a été décidé d'engager :

3,1 M€ pour le soutien à la recherche

2,8 M€ pour le soutien aux actions innovantes

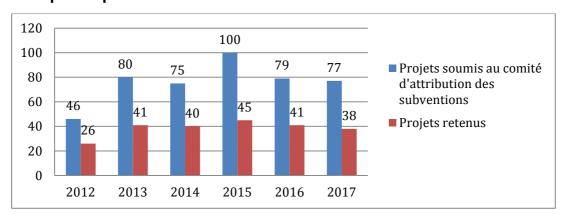
Le soutien à l'innovation

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

Des subventions pour les projets innovants

Le dispositif ouvert permet à tout acteur de déposer une demande de financement pour mettre en œuvre un projet innovant. Les projets sont très variés. Il peut s'agir de concevoir ou de réaliser des supports d'information innovants, de développer de nouveaux outils ou méthodes d'accompagnement, d'apporter des connaissances nouvelles ou encore d'organiser des colloques, séminaires ou rencontres.

Le dispositif permanent de soutien aux « actions innovantes » en chiffres



[Focus] Deux exemples d'actions innovantes

Expérimenter une co-formation innovante associant usagers et professionnels

L'association *Le moulin vert*, qui accueille 2 500 personnes dans ses établissements pour enfants et adultes handicapés et personnes âgées, se propose de mettre en place une formation sur le « projet personnalisé » des enfants dans deux IME et deux SESSAD. L'originalité de ce projet est que parents et professionnels participeront *ensemble* à la formation. L'association constate en effet que les projets personnalisés élaborés dans ses établissements pour enfants sont trop centrés sur l'expression des seuls professionnels. L'objectif du projet est de remédier à cette problématique en interne et de construire une offre de co-formation transférable à d'autres établissements (subvention : 80 % de 123 000 €).

Évaluer l'utilité sociale des Bistrots mémoire

D'initiative locale et ouverts à tous, les Bistrots mémoire offrent un lieu d'accueil et d'accompagnement à des personnes vivant avec des troubles de la mémoire et à leurs proches aidants. L'Union des Bistrots mémoire anime et soutient le développement de ces dispositifs. Au moment d'accélérer l'essaimage des Bistrots mémoire et de se positionner comme un acteur référent de l'accueil et de l'inclusion sociale du binôme aidant/aidé atteint de la maladie d'Alzheimer, elle souhaite apporter la preuve du bénéfice du dispositif. Ce projet d'évaluation vise à décrire et analyser l'impact social des Bistrots mémoire (subvention : 24 20 k€).

Comment font nos voisins européens?

L'appel à projets thématique 2017, intitulé *Et nos voisins européens, comment font-ils* ?, visait des missions d'étude et d'observation des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie dans d'autres pays d'Europe. Les objectifs sont triples. Il s'agit d'améliorer les connaissances sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques d'accompagnement, de questionner nos pratiques nationales et, enfin, d'identifier des pratiques inspirantes pour les expérimenter et envisager un éventuel transfert. Chaque mission doit associer des acteurs de terrain et des chercheurs.

Les treize missions sélectionnées émanent de diverses régions de France et permettront d'étudier les dispositifs de treize pays d'Europe, chaque mission portant généralement sur plusieurs pays (budget total : 377 k€). Elles portent sur l'accompagnement des personnes polyhandicapées, l'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des troubles psychiques, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant en établissement, et les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes.

Les résultats seront restitués lors de séminaires ouverts au grand public à l'automne 2018.

■ Une plateforme Internet pour demander une subvention

Pour simplifier les démarches des porteurs de projets, la CNSA a ouvert en août 2017 une plateforme de dépôt des demandes de subventions sur son système d'information GALIS. L'outil permet d'instruire les dossiers de toutes les demandes de subventions adressées à la CNSA pour des projets d'innovation (appel à projets thématiques, actions innovantes, colloques), puis de gérer le suivi de ceux qui ont été sélectionnés. Il devrait évoluer en 2018 vers la gestion des comités d'attribution des subventions et la gestion financière des conventions.

L'ESSENTIEL

- > Le bilan de douze années de soutien à la recherche est positif. Il a permis de faire émerger et de structurer un champ de recherche qui n'existait pas : le handicap et la perte d'autonomie.
- > La valorisation des résultats établis par les chercheurs avec le soutien financier de la CNSA est engagée. Elle commence par la publication sur <u>cnsa.fr</u> des résumés et des rapports de recherche.
- > L'appel à projets innovants *Et nos voisins européens, comment font-ils* ? devrait apporter des sources d'inspiration pour améliorer les pratiques en France.
- > Le dépôt des demandes de subventions est facilité par une nouvelle plateforme web.

3.8 La communication aux acteurs et au grand public

La CNSA développe des actions de communication dans trois dimensions : elle fait connaître et valorise son action sur le plan institutionnel, elle appuie l'animation des réseaux de professionnels du secteur et elle informe le grand public.

Le portail Pour les personnes âgées a trouvé son public

Mis en ligne en juin 2015, le portail <u>pour-les-personnes-agees.gouv.fr</u> a pleinement atteint en 2017 les objectifs fixés par la loi ASV. Co-construit avec l'ensemble des partenaires du secteur et animé par la CNSA, il offre aux personnes âgées et à leurs proches une source d'information unique, fiable et compréhensible sur leurs droits et les solutions d'accompagnement pour faire face à une situation de perte d'autonomie. Il affiche également en toute transparence les prix et prestations proposées par les EHPAD, avec un comparateur officiel des prix et des reste-à-charge (décembre 2016), et les résidences-autonomie (novembre 2017).

Soutenu par une campagne de communication (presse et digitale) menée début 2017 par la CNSA, il a vu le nombre de visites doubler entre 2016 et 2017.

Un portail majoritairement utilisé par les proches

Afin de connaître le profil des utilisateurs, le motif de leurs visites et leur niveau de satisfaction, la CNSA a fait réaliser en 2017 une enquête d'évaluation du portail²⁶. Au-delà d'un excellent taux de satisfaction, elle montre que le portail est utilisé en majorité par des proches de personnes âgées, qui représentent 61 % des visiteurs à titre personnel. Il est également visité par des professionnels, en tant qu'outil de travail. Le portail est perçu comme fiable, facile à comprendre et concret par une très grande majorité des visiteurs.

Le portail, c'est :

89 % de visiteurs satisfaits

300 000 visites par mois à fin 2017 (doublées en un an)

Des fiches faciles à lire et à comprendre pour les personnes en situation de handicap

Pour appuyer les MDPH dans leur mission d'information des personnes en situation de handicap, la CNSA a conçu un kit de 36 fiches d'information « faciles à lire et à comprendre ». Chaque sujet important pour les usagers, par exemple la vie professionnelle, la carte mobilité inclusion ou les aides et prestations, est couvert par plusieurs fiches.

²⁶ Enquête par questionnaire en ligne réalisée par BVA en mai et juin 2017 auprès de 1001 personnes à l'issue d'une visite sur le portail. Les résultats complets sont consultables sur le portail (http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/resultats-de-lenquete-devaluation-du-nortail)

C'est en 2015 que la CNSA a commencé à transposer en facile à lire et à comprendre des articles de ses sites internet pour le grand public, ainsi que des documents institutionnels (la vision prospective du Conseil en est un exemple), vérifiant la bonne compréhension des textes auprès de bénévoles usagers d'un service d'accompagnement à la vie sociale, lors d'ateliers mensuels. Pour tester les 36 fiches d'information, directement rédigées en facile à lire et à comprendre, la CNSA a fait le choix de recruter deux personnes en situation de handicap, à raison d'une vacation par semaine.

[Témoignage] Mari-Wenn Puillandre, chargée de mission information, CNSA

Notre collaboration avec deux vacataires en situation de handicap pour la réalisation des fiches

Les bénéfices de la présence régulière, au sein de l'équipe de la CNSA, de deux vacataires en situation de handicap sont multiples. Expliquer simplement les choses est compliqué, et grâce à eux, les fiches – textes et graphismes – ont été considérablement améliorées : simplifiées, centrées sur ce qui est important pour eux, elles se sont enrichies d'exemples pertinents tirés de leur expérience. Peu à peu, des collègues sont venus leur soumettre d'autres documents, comme par exemple les courriers de notification des décisions de la MDPH qu'ils devaient simplifier. De leur côté, se voir confier une mission de réflexion et, surtout, qui contribue à améliorer la vie d'autres personnes handicapées, a été source d'une grande satisfaction. Nous avons décidé de reconduire ce type de vacation.

[Définition] La méthode « facile à lire et à comprendre »

Issue d'un projet européen, cette méthode aide les rédacteurs à rendre l'information compréhensible, et donc utile, aux personnes déficientes intellectuelles. Elles gagnent ainsi en autonomie. Les recommandations portent sur la mise en forme (facile à lire) et sur l'organisation du contenu, le choix des mots, la construction des phrases, etc. (facile à comprendre). La participation des personnes destinataires à la conception des textes est un prérequis de la méthode.

(Illustration: fiches en FALC)

Les publications de la CNSA

Agence d'expertise, la CNSA édite et met à disposition des acteurs du secteur des publications à vocation technique et pédagogique, en appui de l'animation de réseaux sur tout le territoire :

- > dossiers techniques et dossiers scientifiques ;
- > supports d'échanges pour les réseaux : Les Cahiers pédagogiques de la CNSA, La rubrique l'autonomie en actions du Journal de l'action sociale ;
- > synthèses : Les Mémos de la CNSA.

Le catalogue de la CNSA, c'est aussi sa communication institutionnelle, pour faire connaître ses missions et ses actions : Rapport annuel, L'Essentiel, Les Chiffres clés de l'aide à l'autonomie, La lettre de la CNSA, Les Mots-clés de l'aide à l'autonomie.

Les collections s'enrichissent chaque année d'une trentaine de publications, toutes proposées en téléchargement sur <u>cnsa.fr</u>.

cnsa.fr, c'est:

80 500 visites par mois à fin 2017 (+35 % par rapport à 2016) **108** actualités publiées en 2017

(Illustration : couvertures des publications produites dans l'année)

Une nouvelle identité visuelle pour la CNSA

Douze ans après sa création, la CNSA s'est dotée d'un nouveau logo, qui reflète son engagement et sa maturité au sein du secteur. Épuré pour plus de dynamisme et d'humanité, le symbole du pont met en valeur la solidarité pour l'autonomie.

La charte graphique de la CNSA est rafraîchie en cohérence avec ce nouveau logo. Tout en unifiant visuellement l'ensemble des supports, cela favorisera la mémorisation de l'émetteur.

(Illustration : logo CNSA)

Du nouveau pour le Prix CNSA

Devant le succès croissant auprès des étudiants en architecture de son concours d'idées Imaginez la maison de retraite de demain, le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & autonomie évolue. Dès 2018, le Prix, rebaptisé Concours d'idées, ne récompensera plus les établissements bâtis, mais s'adressera uniquement aux étudiants.

(Illustration: logo Prix CNSA)

L'ESSENTIEL

- > Le portail Pour les personnes âgées a atteint ses objectifs et a trouvé son public.
- > La CNSA met à disposition des MDPH et des personnes en situation de handicap trente-six fiches d'information conçues directement en facile à lire et à comprendre.
- > Douze ans après sa création, la CNSA renouvelle son identité visuelle.

4 Glossaire

AAH Allocation aux adultes handicapés

AAP Appel à projet

ACOSS Agence centrale des organismes de sécurité sociale

ADF Assemblée des départements de France

AGEFIPH Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AGGIR Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (grille d'évaluation)

AJ Accueil de jour

ANAH Agence nationale de l'habitat

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

ANCRA Association nationale des centres de ressources autisme

ANCREAI Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)

ANDASS Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé

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

ANR Agence nationale de la recherche

APA Allocation personnalisée d'autonomie

AP-HP Assistance publique-Hôpitaux de Paris

ARS Agence régionale de santé

ASIP Santé Agence des systèmes d'information partagés de santé

ASV Loi Adaptation de la société au vieillissement

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CAMSP Centre d'action médico-sociale précoce

CASA Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

CASF Code de l'action sociale et des familles

CCAS Centre communal d'action sociale

CCMSA Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CDAPH Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDCA Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CEPS Comité économique des produits de santé

CIH Comité interministériel du handicap

CMPP Centre médico-psycho-pédagogique

CNAF Caisse nationale des allocations familiales

CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAV Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNCPH Conseil national consultatif des personnes handicapées

CNFPT Centre national de la fonction publique territoriale

COG Convention d'objectifs et de gestion

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRA Centre de ressources autisme

CREAI Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, anciennement Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées

CRPCEN Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

CRSA Conférence régionale de santé et d'autonomie

CSA Contribution solidarité pour l'autonomie

CSG Contribution sociale généralisée

CVS Conseil de vie sociale

DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DB Direction du budget

DCT Droits de consommation sur les tabacs

DGCS Direction générale de la cohésion sociale

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS Direction de la sécurité sociale

EHESP École des hautes études en santé publique

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENC Étude nationale de coûts

EPCI Établissements publics de coopération intercommunale

ESA Équipe spécialisée Alzheimer

ESAT Établissement et service d'aide par le travail

ESMS Établissements et services médico-sociaux

ETP Équivalent temps plein

FEPEM Fédération nationale des particuliers-employeurs

FIPHFP Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique

GEM Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)

GEVA Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIP Groupement d'intérêt public (MDPH)

GIR Groupe iso-ressources

HCFEA Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HPST Loi Hôpital, patients, santé, territoires

HT Hébergement temporaire

IGAS Inspection générale des affaires sociales

INED Institut national des études démographiques

INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, intégré à Santé publique France

INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IReSP Institut de recherche en santé publique

ITEP Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

LFSS Loi de financement de la sécurité sociale

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

MDA Maison départementale de l'autonomie

MDPH Maison départementale des personnes handicapées

OEMD Outil d'évaluation multidimensionnelle

OGD Objectif global de dépenses

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OPCA Organisme paritaire collecteur agréé

ORS Observatoire régional de santé

PAERPA Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAI Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux

PASA Pôle d'activités et de soins adaptés (en EHPAD)

PATHOS Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement

PCH Prestation de compensation du handicap

PFR Plateforme de répit

PLH Programme local de l'habitat

PMND Plan maladies neurodégénératives

PPC Plan personnalisé de compensation

PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS Projet régional de santé

PSGA Plan Solidarité grand âge

PTA Plateforme territoriale d'appui

RGAA Référentiel général d'accessibilité pour les administrations

SAAD Service d'accompagnement et d'aide à domicile

SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SGCIH Secrétariat général du comité interministériel du handicap

SGMAP Secrétariat général de la modernisation de l'action publique

SGMAS Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SI Système d'information

SPASAD Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPE Service public de l'emploi

SPIS Service public d'information en santé

SRS Schéma régional de santé

SSIAD Services de soins infirmiers à domicile

TSA Troubles du spectre autistique

UHR Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)

UNA Union nationale des soins et services à domicile

UNCCAS Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

UNIFAF Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale

USLD Unité de soins de longue durée

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





