CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Rapport 2010

Pour une politique de prévention au service de l'autonomie

La CNSA remercie tout particulièrement celles et ceux qui ont accepté de rendre compte, en photos, de leur vie quotidienne à domicile ou en établissement. Les résidents, usagers, personnels et responsables : de l'association française contre les myopathies ; de l'association d'aide à domicile du canton de Puiseaux – réseau UNA (Loiret) ; du centre de la Gabrielle – Mutualité publique : M. Adda, D. Fillon, X. Vanhoutte, J. Yakini ; du centre national de ressources pour enfants et adultes sourds-aveugles et sourds-malvoyants ; du centre de ressources Robert Laplane ; du centre Saint Jean de Dieu (Paris) ; de l'école Seignobos (Valence) ; de l'établissement Casa Delta 7 (Villejuif) ; de l'établissement public médico-social du Provinois (Provins) ; des établissements des Weppes (Croix-Rouge – département du Nord) ; de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile (Dijon) ; de Kuzh Héol, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Bourg Blanc) ; de La Pépinière, institut médico-éducatif (Loos) ; de La Providence, institut médico-éducatif (Saint Laurent en Royans) ; de la maison d'accueil spécialisé « Ker Dihun » de Saint-Brieuc ; de la maison de retraite Agos Résidence du Château (Claye Souilly) ; des maisons départementales des personnes handicapées de Paris et de Seine Saint Denis ; du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'Association de réadaptation et réinsertion pour l'autonomie des déficients visuels de Marseille ; du service d'accompagnement à la vie sociale – service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'association des paralysés de France (Blois).

La CNSA remercie également le président, les vice-présidents et les membres du Conseil de la CNSA d'avoir permis que le Conseil soit présent « en images » dans cette nouvelle édition du rapport.

Coordination : Émilie Delpit, Florence Condroyer et Annie Sidier

Conception graphique : meanings

Photos : Luc Benevello, Olivier Jobard (Sipa Press) et Caroline Poiron pour la CNSA

Impression : STIPA

www.cnsa.fr

POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION AU SERVICE DE L'AUTONOMIE

L'année 2010 a vu se concrétiser l'importante réforme portée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » avec, notamment, la mise en place des agences régionales de santé au début du mois d'avril. Pour la CNSA, cette réforme est d'abord l'espoir et l'exigence d'une meilleure intégration des différentes dimensions de la santé au service de la qualité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, que leurs besoins relèvent de soins de ville, d'un établissement de soins ou d'une structure médico-sociale.

Elle a conduit à adapter les instruments de mise en œuvre de ces politiques : la nouvelle procédure d'appels à projets pour autoriser les établissements et services sociaux et médico-sociaux se fonde sur des instruments d'analyse des besoins revisités, du projet régional de santé au schéma régional d'organisation médico-sociale et à sa mise en œuvre pratique dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie.

Elle a aussi renforcé le besoin de mise en cohérence des politiques au niveau territorial, au premier chef entre agences régionales de santé et conseils généraux, qui sont les deux réseaux de partenaires de la CNSA pour la mise en œuvre des moyens qui lui sont confiés et qui se sont élevés en 2010 à plus de 19 milliards d'euros.

Mais la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie ne doit pas conduire à négliger l'amont : la nécessité d'une politique de prévention de la perte d'autonomie destinée à assurer le maximum possible d'espérance de vie sans incapacités, ou à limiter les effets des limitations de capacités pour celles et ceux qui sont concernés.

C'est pourquoi le Conseil de la CNSA a voulu consacrer les recommandations qu'il adresse au Parlement et au Gouvernement en 2010 à cette thématique : « pour une politique de prévention au service de l'autonomie », particulièrement pertinente dans le cadre du débat sur les enjeux du vieillissement et de la dépendance des personnes âgées que le président de la République et le Gouvernement ont initié en 2011.

Francis Idrac, Président du Conseil de la CNSA
Laurent Vachey, Directeur de la CNSA

FAITS MARQUANTS

2010

MARS

RENOUVELLEMENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Le Conseil scientifique de la CNSA, qui avait initialement été installé en 2006, a été renouvelé par l'arrêté du 15 mars 2010. Marie-Eve Joël, professeur d'économie à l'université Paris-Dauphine, a été nommée présidente.

GOUVERNANCE

MAI

LANCEMENT DU PROJET DE SYSTÈME D'INFORMATION ALLOCATION DE RESSOURCES

Pour améliorer la gestion des crédits médico-sociaux, la mise en place d'un système d'information partagé entre les agences régionales de santé et la CNSA a été décidée, dans le prolongement de la mission des inspections générales de 2009. Ce chantier, intitulé HAPI, est conduit par la CNSA en lien avec le secrétariat général des ministères sociaux.

CHAPITRE 2

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES RÉFÉRENTIELS DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE CADRE D'UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

À la demande du ministre, un groupe de travail, piloté par la CNSA, a été mis en place pour examiner les modalités d'un partenariat public-privé, dans le cadre du débat sur la dépendance lancé par le président de la République. Il a associé jusqu'en octobre les différentes familles de l'assurance et des conseils généraux.

CHAPITRE 3

JUIN

PUBLICATION D'UN GUIDE SUR LES DONNÉES LOCALES DANS LES CHAMPS DU HANDICAP ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Afin de favoriser la connaissance et l'échange d'informations relatives aux situations de handicap et de perte d'autonomie, la CNSA a réalisé, sous l'égide de son Conseil scientifique, un guide destiné à recenser les données locales pertinentes et les indicateurs utiles.

CHAPITRE 5

BILAN À MI-PARCOURS DES PLANS DE CRÉATION DE PLACES

Un bilan de mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées et du plan Solidarité grand âge 2008-2012 a été présenté au Conseil de la CNSA. 630 M€ et 610 M€ ont été respectivement notifiés par la CNSA à fin 2009, soit 50,3 % et 68 % des financements prévus sur la durée des plans.

CHAPITRE 2

PREMIÈRE CAMPAGNE BUDGÉTAIRE GÉRÉE PAR LES ARS

En mai et juin 2010, la CNSA a notifié les enveloppes des crédits dédiés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux aux agences régionales de santé, tout juste installées le 1er avril.

JUIN

GOUVERNANCE

MISSION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LA CNSA

La députée Bérengère Poletti a remis le 25 juin un rapport concluant les travaux de la mission d'information sur les missions et l'action de la CNSA. Reconnaissant l'apport de la CNSA, il fait vingt-et-une propositions destinées à améliorer la gestion des crédits médico-sociaux et à renforcer la Caisse.

OCTOBRE

CHAPITRE 1

ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION DES MAIA

L'expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), lancée pour deux ans début 2009, a permis la validation de quinze sites expérimentaux sur dix-sept. La généralisation des MAIA a été décidée à partir de 2011.

DÉCEMBRE

CHAPITRE 4

LANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION DES CENTRES D'EXPERTISE NATIONAUX SUR LES AIDES TECHNIQUES

À la suite d'un appel à candidatures lancé fin 2009, quatre projets de centres d'expertise nationaux ont été retenus courant 2010. Ils ont pour objet d'accélérer la mise au point et l'usage d'aides techniques ou de dispositifs innovants, intégrant notamment les technologies de l'information et de la communication et concourant à la compensation du handicap. L'expérimentation durera deux ans.

UNE PREMIÈRE MÉTHODOLOGIE POUR LES SCHÉMAS RÉGIONAUX D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE

CHAPITRE 1

Créé par la loi HPST de juillet 2010, le projet régional de santé est constitué de trois schémas dans les divers champs d'action des ARS, parmi lesquels le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Afin de favoriser leur adoption en 2011, un guide méthodologique du SROMS a été élaboré à destination des ARS.

PARTIE 01

GOUVERNANCE

8 LE CONSEIL DE LA CNSA, SINGULIER ET PLURIEL

8 COMPOSITION DU CONSEIL

12 COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

13 ORGANIGRAMME

14 LES RELAIS TERRITORIAUX DE L'ACTION DE LA CNSA

15 TUTELLE ET PARTENAIRES

PARTIE 02

PROSPECTIVE

18 POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION AU SERVICE DE L'AUTONOMIE

18 Enjeux, définition et champ de la prévention au service de l'autonomie

22 Mieux connaître les déterminants pour mieux piloter et prioriser la politique de prévention

24 Les axes à privilégier : améliorer l'état de santé tout au long de la vie et cibler les actions sur les populations vulnérables ou fragiles

28 La nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé

PARTIE 03

EXÉCUTION DU BUDGET

CHAPITRE 1 P.36

LE BUDGET EXÉCUTÉ 2010 SECTION PAR SECTION

CHAPITRE 2 P.42

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2010
Vers la fin des réserves de la Caisse

43 La fin des excédents liés aux mécanismes de financement des établissements et services médico-sociaux

45 De moindres excédents constatés sur la section IV, à l'heure des difficultés financières des acteurs de l'aide à domicile

46 La stabilité des concours APA et PCH de la CNSA dans un contexte de poursuite de l'augmentation des dépenses

PARTIE 04

ACTIVITÉ

CHAPITRE 1 P.50

SANTÉ ET AIDE À L'AUTONOMIE
Contribuer à une meilleure articulation des prises en charge

51 La conception et la mise en œuvre des instruments de pilotage du champ médico-social par les ARS

53 Une contribution renforcée dans les plans de santé publique

CHAPITRE 2 P.56

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX
Accompagner la mise en place des agences régionales de santé

57 Accompagner la modification des règles de l'allocation des ressources

59 Suivre la mise en œuvre des plans nationaux et approfondir les travaux de connaissance à l'appui d'une meilleure programmation

63 Accompagner la modernisation et la professionnalisation des établissements et services

CHAPITRE 3 P.68

MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES
Poursuivre l'amélioration des pratiques d'accueil, information et évaluation

69 Appui à la professionnalisation des maisons départementales des personnes handicapées

71 L'accompagnement de l'émergence du réseau local autour des MDPH

72 Avec les caisses d'allocations familiales et les acteurs de l'emploi : formaliser les échanges d'informations pour les améliorer

73 Le suivi de l'activité des MDPH

CHAPITRE 4 P.78

AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES
Améliorer les solutions de compensation

79 Accompagner l'action des services à domicile

82 Former et soutenir les aidants familiaux : des expérimentations avant le déploiement

83 Appuyer le déploiement de l'innovation en matière d'aides techniques et technologiques

CHAPITRE 5 P.86

ÉTUDES, RECHERCHE, INNOVATION
Développer et diffuser la connaissance

87 Soutenir et structurer le champ de la recherche sur le handicap

88 Études et recherches : sortie des premiers résultats

91 Développer la connaissance sur les modèles étrangers de l'aide à l'autonomie

93 Diffuser la connaissance par une politique d'information renforcée

CHAPITRE 6 P.94

LE FONCTIONNEMENT DE LA CNSA
Structuration et rationalisation

95 Huit directions au service des missions de la Caisse

95 L'élaboration d'un référentiel métiers pour renforcer la gestion des ressources humaines

96 Systèmes d'information : la préparation de nombreux appels d'offres structurants

97 La refonte de l'extranet pour améliorer la qualité des échanges avec les partenaires de la Caisse

98 Koru : une démarche de contrôle interne désormais bien ancrée

GLOSSAIRE P.99

UNE
VACHE

PARTIE 01

GOUVERNANCE

- Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel 8
- Composition du Conseil 8
- Composition du Conseil scientifique 12
- Organigramme 13
- Les relais territoriaux de l'action de la CNSA 14
- Tutelle et partenaires 15

Le Conseil de la CNSA, singulier et pluriel

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

La mixité de sa composition

Le Conseil rassemble les partenaires sociaux, confédérations syndicales de salariés et organisations d'employeurs représentatives, mais aussi des représentants des associations de personnes âgées et de personnes handicapées ainsi que des institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse. L'État, les conseils généraux et les parlementaires sont également représentés. Enfin, trois personnalités qualifiées désignées par le Gouvernement portent à quarante-huit le nombre de ses membres. Du fait de cette organisation, le Conseil a un double rôle. Comme un organe de gouvernance classique, il arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la Caisse dans le cadre de la convention qui la lie à l'État (COG). Mais il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects de la politique d'aide à l'autonomie, qui prend forme notamment dans le rapport annuel remis au Parlement et au Gouvernement. Celui-ci dresse un diagnostic d'ensemble et comporte toute recommandation que la Caisse estime nécessaire.

La pondération des votes en son sein

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

COMPOSITION DU CONSEIL

48 MEMBRES
(au 12 avril 2011)

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

- **Jean-Marie Barbier**
  Association des paralysés de France (vice-président du Conseil de la CNSA).
  Suppléant : Vincent Assante
  Coordination handicap et autonomie.
- **Jean Canneva**
  Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
  Suppléant : Henri Faivre
  Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés.
- **Christophe Duguet**
  Association française contre les myopathies.
  Suppléant : Philippe Chazal
  Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes.
- **Jean-Louis Garcia**
  Association pour adultes et jeunes handicapés.
  Suppléante : Régine Clément
  Trisomie 21 France : fédération des associations d'étude pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21.
- **Christel Prado**
  Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis.
  Suppléante : Marie-Christine Cazals
  Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens.
- **Françoise Quéruel**
  Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif.
  Suppléant : Arnaud de Broca
  Fédération nationale des accidentés de la vie.

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

- **Pascal Champvert**
  Association des directeurs au service des personnes âgées.
  Suppléant : Didier Sapy
  Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées.
- **Janine Dujay-Blaret**
  Fédération nationale des aînés ruraux (vice-présidente du Conseil de la CNSA).
  Suppléant : Sylvain Denis
  Fédération nationale des associations de retraités et préretraités.
- **André Flageul**
  Union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile.
  Suppléant : Thierry d'Aboville
  Association d'aide à domicile en milieu rural.
- **Benoît Jayez**
  Union confédérale des retraités – Force ouvrière.
  Suppléante : Marie Rozet
  Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat.
- **Guy Le Rochais**
  Association France Alzheimer.
  Suppléant : Charley Baltzer
  Adessa Adomicile Fédération nationale.
- **Michel Salom**
  Syndicat national de gérontologie clinique.
  Suppléant : Claudy Jarry
  Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.

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

- **Bernard Cazeau**
  Sénateur, président du Conseil général de la Dordogne.
  Suppléante : Gisèle Stievenard
  Vice-présidente du Conseil de Paris.
- **Yves Daudigny**
  Sénateur, président du Conseil général de l'Aisne.
  Suppléant : Jean-Yves Gouttebel
  Président du Conseil général du Puy de Dôme.
- **Jean-Noël Cardoux**
  Vice-président du Conseil général du Loiret.
  Suppléant : Emmanuel Hoarau
  Vice-président du Conseil général de La Réunion.
- **Gérard Roche**
  Président du Conseil général de Haute Loire.
  Suppléant : Jean-Louis Lorrain
  Vice-président du Conseil général du Haut Rhin.
- **Jean-Marie Rolland**
  Député, président du Conseil général de l'Yonne.
  Suppléant : Bruno Belin
  Vice-président du Conseil général de la Vienne.
- **Jean-Louis Tourenne**
  Président du Conseil général d'Ille et Vilaine.
  Suppléant : Michel Boutant
  Président du Conseil général de la Charente.

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

- **Jean-Marc Bilquez**
  Confédération générale du travail – Force ouvrière.
  Suppléant : Paul Virey.
- **Daniel Edelin**
  Confédération générale du travail.
  Suppléante : Solange Fasoli.
- **Thierry Gayot**
  Confédération française des travailleurs chrétiens.
  Suppléant : Jean-Pierre Samurot.
- **Danièle Karniewicz**
  Présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres.
  Suppléant : Alain Giffard.
- **Yves Vérollet**
  Confédération française démocratique du travail.
  Suppléante : Martine Dechamp.

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

- **Roselyne Lecoultre**
  Union professionnelle artisanale.
  Suppléant : Marcel Lesca.
- **Dominique Léry**
  Mouvement des entreprises de France.
  Suppléante : Agnès Canarelli
  Fédération française des sociétés d'assurances.
- **Henri Lesaule**
  Confédération générale des petites et moyennes entreprises.
  Suppléant : Edgar Schaffhaufer.

Dix représentants de l'État.

- **Sabine Fourcade**
  Directrice générale de la cohésion sociale.
- **Dominique Libault**
  Directeur de la sécurité sociale.
- **Philippe Josse**
  Directeur du budget.
- **Jean-Michel Blanquer**
  Directeur de l'enseignement scolaire.
- **Bertrand Martinot**
  Délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle.
- **Annie Podeur**
  Directrice générale de l'offre de soins.
- **Pr Didier Houssin**
  Directeur général de la santé.
- **Emmanuelle Wargon**
  Secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales.
- **Éric Jalon**
  Directeur général des collectivités locales.
- **Thierry Dieuleveux**
  Secrétaire général du comité interministériel du handicap.

Parlementaires

- **Jean-François Chossy**
  Député de la Loire.
- **André Lardeux**
  Sénateur du Maine et Loire.

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

- **Michelle Dange**
  Fédération nationale de la mutualité française.
  Suppléante : Isabelle Millet.
- **Yves-Jean Dupuis**
  Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif.
  Suppléant : David Causse.
- **Jean-Alain Margarit**
  Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées.
  Suppléante : Florence Arnaiz-Maume.
- **Christian Möller**
  Fédération hospitalière de France.
  Suppléante : Murielle Jamot.
- **Françoise Nouhen**
  Union nationale des centres communaux d'action sociale.
  Suppléant : Daniel Zielinski.
- **Gérard Pelhate**
  Mutualité sociale agricole.
  Suppléant : Jean-François Belliard.
- **Alain Villez**
  Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.
  Suppléant : Johan Priou.

Trois personnalités qualifiées.

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

COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

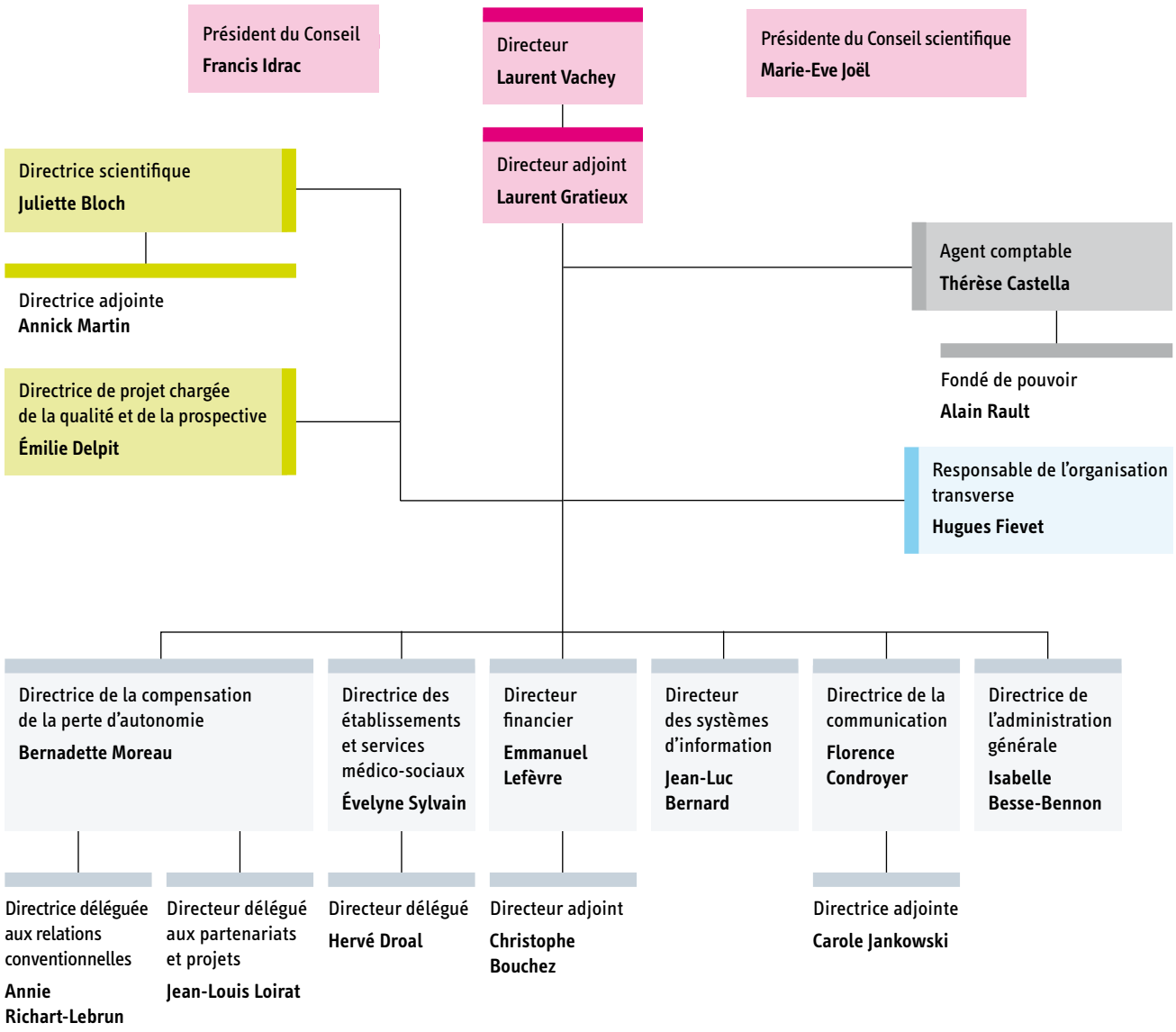
Par arrêté du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, de la secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité et de la secrétaire d'État chargée des Aînés en date du 15 mars 2010 ont été nommés au Conseil scientifique de la Caisse nationale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

- **Dominique Argoud**
  Sociologue à l'université Paris 12, directeur adjoint de l'UFR SESS-STAPS, maître de conférences en sciences de l'éducation.
- **Amaria Baghdadli**
  Psychiatre PU-PH, responsable du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents du CHU de Montpellier.
- **Jean-Yves Barreyre**
  Sociologue, directeur du CEDIAS (Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale) et de la délégation ANCREAI Île de France.
- **Anne Caron-Deglise**
  Magistrate chargée de la protection des majeurs à la Cour d'appel de Paris.
- **Philippe Denormandie**
  Chirurgien-orthopédiste, PU-PH, Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches. Directeur général du développement et de l'offre de services du groupe Korian.
- **Jean-Jacques Detraux**
  Professeur à l'Université de Liège, responsable de l'unité de psychologie et de pédagogie de la personne handicapée au département des sciences cognitives à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Liège.
- **Alain Franco**
  Gériatre au CHU de Nice, président d'honneur de la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontologie (SFTAG), président du Centre national de référence santé à domicile et autonomie.
- **Alain Grand**
  Médecin PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie – épidémiologie et sociologie du vieillissement – Toulouse.
- **Marie-Eve Joël**
  Professeure en sciences économiques, université Paris 9-Dauphine, directrice du LEGOS, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé – **présidente du Conseil scientifique.**
- **Alain Leplège**
  Professeur des universités, département histoire et philosophie des sciences, université Paris 7-Denis Diderot, chercheur statutaire et directeur adjoint du REHSEIS (Recherches épistémologiques et historiques sur les sciences exactes et les institutions scientifiques).
- **Jean-François Ravaud**
  Médecin, directeur de recherche INSERM – épidémiologie sociale – directeur de l'IFR 25-RFRH (Réseau fédératif de recherche sur le handicap) – Centre de recherche médecine maladie et sciences sociales – vice-président du Conseil scientifique.
- **Jean-Marie Robine**
  Économiste à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, démographie et santé, président du Comité UIESP longévité et santé.

Membres représentant un ministère ou un organisme :

- **Bernard Bioulac**
  Représentant le Centre national de la recherche scientifique.
- **Emmanuelle Cambois**
  Représentant l'Institut national d'études démographiques.
- **Régis Gonthier**
  Représentant la Société française de gériatrie et de gérontologie.
- **Thérèse Hornez**
  Représentant l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale.
- **Antoine Magnier**
  Représentant le ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.
- **Ronan Mahieu**
  Représentant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé).
- **Xavier Niel**
  Représentant l'Institut national de la statistique et des études économiques (ministère de l'Économie).
- **Jacques Pélissier**
  Représentant la Société française de médecine physique et de réadaptation.
- **Isabelle Ville**
  Représentant l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, démographie et santé.
- **(En cours de nomination)**
  Pour le ministère de l'Éducation nationale.
- **(En cours de nomination)**
  Pour le ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche.

ORGANIGRAMME au 31 décembre 2010.



LES RELAIS TERRITORIAUX DE L'ACTION DE LA CNSA

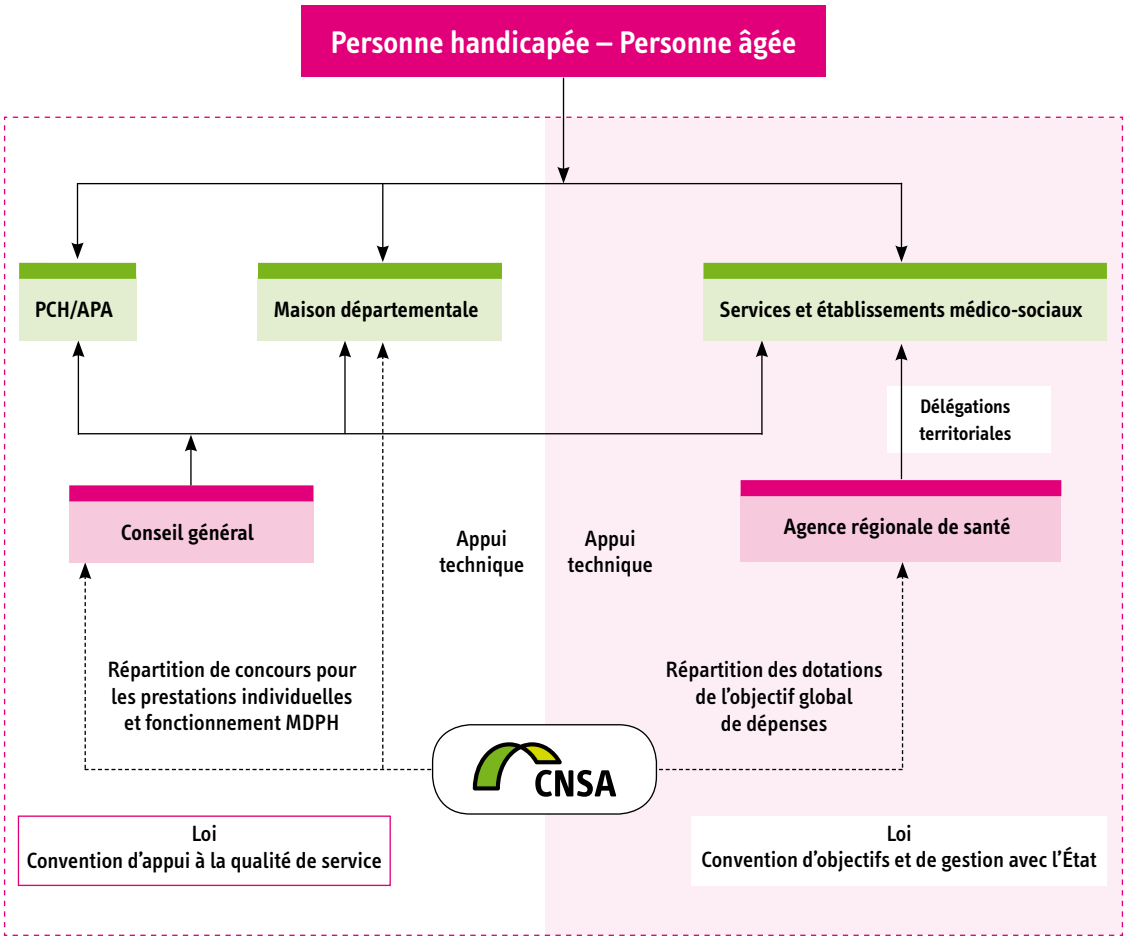
Originalité par rapport aux caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA est une caisse sans réseau territorial propre.
Elle agit localement au travers d'acteurs sur lesquels elle n'a pas d'autorité hiérarchique. Vis-à-vis de ces réseaux, la Caisse a une double fonction de financement – elle leur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

Les agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) sont, depuis leur création le 1er avril 2010, le relais de la CNSA pour tout ce qui concerne la programmation des moyens, les autorisations d'établissements et services médico-sociaux, et leur tarification dans le cadre des moyens que la CNSA administre au plan national. La CNSA leur délègue la répartition des aides à l'investissement qu'elle finance. Elles servent aussi de relais de terrain pour d'autres actions comme l'instruction de l'appel à projets du plan Bien vieillir.
Elles ont remplacé dans ce rôle les DDASS et DRASS, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 leur ayant transféré les compétences précédemment exercées par celles-ci. Cette évolution devrait être le gage d'une meilleure articulation entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes, avec une plus grande fluidité des parcours (notamment grâce à des mécanismes renforcés de collaboration avec les conseils généraux).
Membre du Conseil national de pilotage des ARS, la CNSA est ainsi impliquée dans la définition des priorités stratégiques en santé concernant le handicap et la perte d'autonomie.

Les conseils généraux

Les départements sont les acteurs premiers de l'action sociale, en particulier dans le champ de l'aide à l'autonomie. Ils financent notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées et, depuis peu, la prestation de compensation du handicap (PCH). Pour ces deux prestations, la CNSA leur verse un concours financier dans une logique de péréquation tenant compte de leurs charges et de leur potentiel fiscal.
Les conseils généraux assurent également la tutelle administrative et financière des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), constituées sous forme de groupements d'intérêt public. Pour les accompagner, la CNSA assure un rôle d'animation ; elle veille à l'échange d'informations et d'expériences entre les structures départementales et à la diffusion des bonnes pratiques.
La Caisse et les départements signent des « conventions d'appui à la qualité de service », vecteurs d'une aide financière pour le fonctionnement des MDPH (60 M€ en 2010).



Tutelle et partenaires

La CNSA est liée à l'État par une convention d'objectifs et de gestion (COG), dont la Direction générale de la cohésion sociale assure le pilotage pour le compte de l'État. La première COG 2006-2009 a fait l'objet d'un bilan fin 2009. La deuxième devrait être signée en 2011 pour une période de quatre ans.
En application de la loi, la CNSA est également liée par conventions aux **organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.**
– Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) / 15 octobre 2007.
– Convention financière avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) / 3 décembre 2007.
– Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) / 9 janvier 2008.
– Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) / 11 décembre 2009.

Des partenaires dans le champ médico-social

Membre depuis 2007 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la CNSA a intégré en 2009 les conseils de deux nouvelles agences créées également sous forme de groupements d'intérêt public : l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-Santé).

Un réseau partenarial dense et dynamique

La CNSA a tissé un réseau de partenariats institutionnels avec de nombreux autres organismes nationaux agissant dans son champ, parmi lesquels :
– l'Assemblée des départements de France (ADF) ;
– l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
– l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
– l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) ;
– le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;
– la Fondation de coopération scientifique Alzheimer ;
– le GIP-Institut des données de santé (IDS) ;
– l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
– l'Institut de recherche en santé publique (IRESP).

PARTIE 02

PROSPECTIVE

Pour une politique de prévention au service de l'autonomie

- Enjeux, définition et champ de la prévention au service de l'autonomie 18
- Mieux connaître les déterminants pour mieux piloter et prioriser la politique de prévention 22
- Les axes à privilégier : améliorer l'état de santé tout au long de la vie et cibler les actions sur les populations vulnérables ou fragiles 24
- La nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé 28

POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION AU SERVICE DE L'AUTONOMIE

« Avoir le souci de sa santé, faire raisonnablement de l'exercice, manger et boire de façon à restaurer ses forces et non à les étouffer. En vérité, il ne faut pas seulement s'occuper de son corps, mais encore beaucoup plus de son intelligence et de son esprit ; car eux aussi sont éteints par la vieillesse comme une lampe qu'on n'alimenterait pas en huile. »

Ciceron, de Senectute

La peur du vieillissement et de ses conséquences est historiquement largement présente, depuis Cicéron qui proposait de *« lutter contre la vieillesse tout comme on doit lutter contre la maladie »* jusqu'aux recherches alchimiques du Moyen Âge ou aux pratiques de rajeunissement des XIX[e] et XX[e] siècles [1]. Cette espérance est toujours présente, et pousse à la diffusion de pratiques et de traitements dont la validité scientifique n'est pas toujours démontrée.

L'idée selon laquelle une politique du handicap doit s'intéresser aux réponses apportées aux personnes concernées, mais aussi chercher à éviter ces situations a également dicté le titre II de la loi du 11 février 2005 consacré à la « prévention, recherche et accès aux soins ».

Alors que l'accompagnement de la perte d'autonomie s'invite au rang des priorités politiques, quelle place sera laissée à la question de la prévention au-delà d'invocations souvent un peu incantatoires ?
Le Conseil de la CNSA souhaite que le rôle que peuvent jouer la prévention et les politiques de santé au regard de la question de la perte d'autonomie soit mieux défini, que soient identifiés les leviers sur lesquels il est réellement possible d'agir avec efficacité et précisés les rôles de chacun des acteurs – dont la CNSA.

Enjeux, définition et champ de la prévention au service de l'autonomie

L'autonomie comme objectif à part entière des politiques de prévention et de promotion de la santé

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une définition générale de la politique de prévention en France : *« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » ;* définition dans laquelle la prévention de la perte d'autonomie s'inscrit naturellement. Elle crée également le nouvel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pointant ainsi la dimension technique de la démarche de prévention. En effet, la mise en œuvre de la prévention relève d'une démarche structurée fondée

(1) Par exemple, dans les années 20, les expériences à Paris du Russe Serge Voronoff, de transplantation testiculaire du singe à l'homme ! cf. J. Frexinos (2007), *Vivre longtemps et rester jeune, science ou charlatanisme*, éditions Privat.

sur des méthodes spécifiques, essentiellement populationnelles, en rapport avec son objectif principal, qui est de réduire le risque (la probabilité) de survenue d'un événement péjoratif affectant la santé. Cela suppose que cet événement de santé soit précisé, que son risque initial soit connu et que l'on ait identifié les facteurs de risque, notamment les caractéristiques désignant les individus ayant un risque accru. Elle suppose, enfin, la mise en œuvre des mesures aptes à réduire le risque chez les personnes visées. À côté des actions ciblées de prévention, de façon plus générale, la promotion de la santé vise à créer des conditions de vie et d'environnement, et à inciter à des comportements plus favorables par rapport au risque considéré.

Si, comme le pose l'Organisation mondiale de la santé, la santé *« est un état de complet bien-être physique, mental et social »*, la préservation de l'autonomie est un des objectifs à part entière des politiques de prévention en santé. Une politique de prévention en la matière doit avoir pour cible l'ensemble des « événements péjoratifs » dont la survenue porte ou peut porter atteinte à l'autonomie, définie comme l'exercice de la volonté personnelle et relationnelle des personnes, dans leur droit d'assumer leurs propres choix, y compris dans les actes de la vie quotidienne (*l'empowerment*, tel qu'il est repris dans la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées), et en tenant pleinement compte des facteurs sociaux (solitude, cellule familiale, etc.).

Le handicap (quel que soit l'âge), selon les travaux internationaux conduits par l'OMS [2], est la résultante sur les activités et la participation à la vie sociale de l'interaction entre des facteurs personnels comme les altérations de structures et fonctions du corps (ou déficiences), et les facteurs environnementaux, qui se comportent comme facilitateurs ou obstacles.

Toute action empêchant en amont la survenue de cette limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale participe à la prévention du handicap, que cette action concerne des facteurs personnels, comme les capacités de l'individu dans ses différentes fonctions, ou les facteurs environnementaux.
Il est important de souligner d'emblée que la prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge et que, s'agissant de celui-ci, il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en termes de restriction de participation à la vie sociale, qui peut en résulter pour les personnes concernées. Rappelons en effet que 83 % des personnes âgées de 60 à 79 ans peuvent être considérées comme autonomes, 3,3 % pouvant à l'inverse être considérées comme dépendantes ou fortement dépendantes. Au-delà de 80 ans, près de six personnes sur dix sont encore relativement autonomes malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale [3].

Les différentes stratégies de prévention au service de l'autonomie

Il est habituel de distinguer plusieurs types de prévention, selon qu'il s'agit d'éviter un risque futur, de le dépister avant qu'il ne se soit extériorisé ou de diminuer ses conséquences après qu'il sera avéré.
On parle ainsi :
- de prévention primaire, ce qui recouvre l'ensemble des actions qui permettent de réduire la survenue d'un événement indésirable : par exemple, des mesures environnementales, ou de vaccination ;
- de prévention secondaire, lorsqu'il s'agit de réduire les conséquences d'un risque déjà advenu, en le diagnostiquant et le traitant précocement : par exemple, le dépistage systématique du cancer du sein ;
- de prévention tertiaire, lorsqu'il s'agit d'amoindrir les conséquences, et notamment les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées, par exemple, à un accident ou à une maladie chronique.

Dans une logique de prévention primaire, la prévention de la perte d'autonomie passe par la prévention de la déficience et de ses causes. Elle doit ainsi s'exercer vis-à-vis des accidents de la vie aux conséquences handicapantes, à tout âge : la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, la lutte contre les accidents domestiques, ou la prévention routière, contribuent clairement à la prévention de la perte d'autonomie. Il peut également s'agir de prévenir le déclenchement d'une maladie par une action sur les facteurs qui, sans en être la cause proprement dite, favorisent son apparition : c'est par exemple le cas du traitement des dyslipémies et de la diminution du surpoids pour prévenir les maladies cardio-vasculaires, de la prise d'acide folique chez la femme enceinte pour prévenir le spina bifida, et aussi dans le cas de certaines maladies mentales pour lesquelles la prise de substances addictives semble jouer un rôle de catalyseur.

(2) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF – OMS, 2001.
(3) Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 – Études et résultats n° 718 – février 2010 – DREES.

Une stratégie d'intervention précoce, dès lors qu'une déficience est survenue, est également susceptible de limiter, voire annuler un facteur de risque de handicap dépisté suffisamment tôt. La prévention peut être mise en place dès les premiers âges de la vie, avec un dépistage à la naissance de certains risques, soit systématique (par exemple, la surdité), soit ciblé (prématurité). Cela passe également par la rééducation ou la réhabilitation : d'où l'importance des systèmes de détection et de prise en charge précoces, comme la Protection maternelle et infantile (PMI), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ; ou, de façon plus large encore, les actions des personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale en charge des actions de prévention individuelles et collectives et de la promotion de la santé pour les enfants présentant des risques de handicap, ou des dispositifs de rééducation fonctionnelle (par exemple, pour les victimes d'accidents ou les personnes atteintes de maladie chronique). La prévention secondaire comme, par exemple, le traitement de l'hypertension artérielle visant à prévenir les risques d'AVC ou d'insuffisance cardiaque, ou encore le dépistage du diabète constitue également une prévention des déficiences et des limitations d'activités.

Afin de renforcer l'efficacité de l'intervention précoce, **il faut mettre davantage en synergie les systèmes qui fonctionnent souvent de façon trop éparse.** Face aux progrès techniques qui peuvent améliorer dans un certain nombre de cas le dépistage et le diagnostic, une vigilance est de mise, d'abord pour éviter de confondre diagnostic et pronostic. Par ailleurs, **le repérage seul ne constitue pas une politique de prévention ;** encore faut-il proposer des mesures d'accompagnement qui permettent d'en limiter, voire d'en empêcher les conséquences des déficiences dans la vie quotidienne des personnes. Le dépistage précoce de la surdité a par exemple donné lieu à d'importants débats autour des suites qu'il convenait de lui donner et de l'accompagnement des familles et des enfants ainsi repérés (choix du mode d'éducation, décision relative à d'éventuelles interventions médicales, apprentissage d'une communication adaptée…). À des âges plus élevés, le repérage de la surdité chez des personnes de plus de 60 ans pose la question de l'accès aux prothèses auditives et des obstacles, notamment financiers. Les progrès de la médecine prédictive, par l'analyse génétique des personnes ou de leurs parents, vont renforcer les possibilités de prévention et de dépistage, mais aussi les exigences déontologiques et d'accompagnement des personnes lorsqu'un facteur de risque aura été identifié. L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de participation à la vie sociale des personnes concernées.

Compensation du handicap et accessibilité de l'environnement : prévenir et déjà accompagner

La particularité de la perte d'autonomie tient à l'interaction entre les altérations de fonctions et l'environnement. Les conséquences, dans la vie sociale, d'une déficience ou d'une incapacité définie et considérée comme durable ou définitive peuvent être fortement diminuées grâce à des interventions au niveau individuel – compensation (aides techniques, aides humaines) – et à des mesures collectives d'accessibilité (boucles magnétiques, ascenseurs, formation des personnels d'accueil dans les établissements recevant du public…). Il est ainsi encore possible de réduire les conséquences du handicap en aval de la survenue de l'événement qui est sa cause première. Cette vision, portée par la Classification internationale du fonctionnement et de la santé, étend très significativement le champ de la prévention de la perte d'autonomie puisqu'elle fait de la politique d'accessibilité (aménagement de l'environnement) et de la politique de la compensation – dont la loi du 11 février 2005 a fait le champ privilégié d'action de la CNSA –, des leviers.

Le Conseil affirme que **l'amélioration de l'accompagnement de la personne, par une politique de compensation efficace, a des conséquences en matière de préservation, de restauration ou d'acquisition de l'autonomie** et constitue par conséquent une action de prévention tertiaire.

Ainsi, parce qu'elle permet d'aider à l'autonomie des personnes par l'intervention d'aides humaines ou techniques et donc de ralentir ou d'éviter l'évolution vers des incapacités plus grandes, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée aux personnes en GIR 4 [(4)] joue un rôle en matière de prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie. Pour autant, il convient bien de considérer que les personnes concernées ont d'ores et déjà des besoins avérés d'aide à l'autonomie. La suppression de l'APA pour les personnes en GIR 4 constituerait donc à la fois un recul en matière de politique de

(4) Groupe Iso-ressources, coté de 1 à 4 dans le cadre de la grille AGGIR qui mesure l'éligibilité à l'APA. Le GIR 4 est le niveau le moins élevé de perte d'autonomie ainsi mesuré.

prévention de la perte d'autonomie, mais aussi – et surtout – un retrait du dispositif de solidarité en matière d'accompagnement de l'autonomie.

De la même manière, l'adaptation du logement d'une personne en situation de handicap pourra – en particulier avec l'aide des nouvelles technologies très utilisées en domotique – préserver ses capacités d'autonomie et donc limiter ses besoins d'aide humaine supplémentaire ou atténuer des situations d'isolement et favoriser une vie sociale en milieu ordinaire. Mais elle est également déjà une réponse à des besoins identifiés et son financement est à ce titre spécifiquement couvert par l'un des volets de la prestation de compensation du handicap.

Toutefois, au-delà de ce rappel essentiel sur le rôle de la compensation en matière de prévention de la perte d'autonomie, le Conseil ne reviendra pas, dans la suite de cette analyse, sur la politique de compensation en tant que telle, qui a déjà fait de sa part l'objet d'une réflexion à part entière [5]. Il lui importe de bien distinguer la compensation, qui est au cœur du champ d'action de la CNSA, des autres contributions au titre de la prévention des acteurs dont l'action à destination des personnes en perte d'autonomie est parfois moins identifiée.

La promotion de l'espérance de vie sans incapacité, un enjeu majeur du débat qui s'engage

Considérant que la prévention de la perte d'autonomie vise à en limiter l'incidence, le Conseil estime qu'elle devrait avoir toute sa place dans la concertation ouverte par le Gouvernement sur les réponses à apporter à la perte d'autonomie et qui reposent notamment sur les perspectives d'évolution démographique.

Sous l'effet conjugué du vieillissement de classes d'âge très nombreuses (celles du *baby-boom*) et de l'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés, les personnes âgées de plus de 60 ans devraient voir leur part dans la population totale s'accroître de près de 50 % entre 2010 et 2050 (31,9 % en 2050 contre 22,9 % en 2010). La catégorie de population la plus à risque de limitation de son autonomie, au-delà de 75 ans, passera de 8 % de la population totale aujourd'hui, à 9,1 % dans dix ans et à 16,6 % en 2050. Le vieillissement concerne également les personnes handicapées, dont l'espérance de vie, quoique mal appréhendée, s'accroît rapidement. Ainsi, même à couverture des besoins inchangée, les moyens à y consacrer au niveau national vont s'accroître très sensiblement.

Toutefois, si l'espérance de vie a progressé, elle s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activités. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance en

(5) Construire un nouveau champ de protection sociale – Rapport de la CNSA 2007.

France s'est ainsi accrue de près de deux ans en un peu moins de vingt ans, passant de 62,4 à 64,2 ans entre 1980 et 2008 pour les femmes et de 60 à 63,1 ans pour les hommes sur la même période. (6) (7)

Plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité est la variable déterminante des défis sociaux et financiers auxquels notre société devra faire face en matière de perte d'autonomie, sur laquelle il est possible d'agir par une politique déterminée en matière de prévention.

Des travaux récents de l'OCDE sur le vieillissement en bonne santé évaluent ainsi que la progression des dépenses publiques serait inférieure d'un demi-point de PIB si la moitié des gains d'espérance de vie prenait la forme de gains d'espérance de vie en bonne santé (8). Au-delà des aspects financiers, c'est évidemment la qualité de vie de la population qui est l'objectif principal. En proposant de consacrer l'année 2012, « Année européenne du vieillissement actif », la Commission européenne souligne qu'encourager le vieillissement en bonne santé est un défi commun à nos sociétés européennes.
C'est dire si la prévention de la perte d'autonomie devra trouver une place réelle dans le débat qui s'ouvre en 2011.

En matière de politique du handicap, les enjeux quantitatifs sont moins précisément identifiés. Il n'en demeure pas moins que la réduction du nombre de situations de handicap est un défi collectif. L'état des besoins et les prévisions d'évolution sont aujourd'hui très difficiles à établir, faute d'une mesure claire de l'impact global des différentes actions mises en œuvre dans des champs très variés (sécurité routière, politique néo natale, prévention des accidents du travail…) : c'est un champ nécessaire d'investissement pour l'amélioration de la connaissance, puis des politiques publiques.

Mieux connaître les déterminants pour mieux piloter et prioriser la politique de prévention

Systématiser l'élaboration d'indicateurs relatifs aux incapacités évitables

Une connaissance précise des différents types de handicaps et de leurs déterminants est indispensable si on veut progresser dans le domaine de la prévention : on ne prévient bien que ce que l'on connaît et on ne mobilisera l'opinion publique sur cet enjeu qu'en lui rendant accessibles des données claires.

La production d'indicateurs est également indispensable pour prioriser les actions d'une politique de prévention. La « mortalité évitable » (9) est, depuis longtemps, une cible première des politiques de prévention et conduit à lutter en priorité contre les cancers des voies aérodigestives supérieures, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida (10). **Elle devrait être complétée par la lutte contre « les incapacités évitables ».** Afin d'être opérationnelle, une telle notion nécessite l'approfondissement de travaux méthodologiques permettant de quantifier le phénomène, de la même manière que les épidémiologistes sont capables de le faire en matière de mortalité évitable.

Mieux connaître et faire connaître les causes de la perte d'autonomie

L'enquête Handicap Incapacité Dépendance de 1999 offrait un premier tableau en identifiant différents niveaux de la situation de handicap, de la déficience aux restrictions de participation sociale en passant par le besoin d'aide ressenti et l'intervention des aidants. L'enquête Handicap-Santé 2008, lancée par l'INSEE et la DREES, soutenue par la CNSA, va permettre d'actualiser la connaissance du handicap et de ses origines. Couplée désormais à l'enquête santé, et permettant des rapprochements avec les fichiers de l'assurance maladie et donc d'associer les descriptions déclaratives des pathologies, des activités et de la participation sociale

(6) INSEE – source Eurostat – mise à jour 10/12/2010.
(7) Le gain est le même à des âges plus élevés : âgée de 65 ans en 2007, une femme résidant en France pouvait espérer vivre 23 ans, dont près de 10 années sans incapacité, contre 21 ans, dont 8,5 ans sans incapacité en 1995 (pour les hommes, ces chiffres étaient de 18,4 années, dont 9,4 sans incapacité en 2007, contre 16,2 années, dont 7,6 sans incapacité).
(8) OCDE *Working paper* n°42 – *Policies for healthy ageing : an overview* – février 2009.
(9) Responsable de plus d'un tiers des décès dits « prématurés » (avant 65 ans), soit quelque 36 000 décès en 2005.
(10) Centre d'analyse stratégique – CAS – Nouvelles approches de la prévention en santé publique – mars 2010 ; Les malades chroniques – importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies – Juliette Bloch - ADSP n° 72 septembre 2010.

avec la consommation de soins, elle est de nature à améliorer considérablement la visibilité sur les liens entre les handicaps et leurs causes. **Son exploitation constitue ainsi un chantier prioritaire auquel le Conseil recommande de donner tout l'écho qu'il mérite.**

Cette enquête et ses exploitations ne sauraient toutefois répondre à elles seules à l'ensemble des besoins de connaissance. Dans un certain nombre de cas, des approches plus fines sont nécessaires : c'est particulièrement le cas pour le handicap rare, dont la prévalence est par définition trop faible pour être correctement documentée par le biais de travaux généraux. Au niveau territorial de l'analyse, les nouvelles conférences de territoires créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) peuvent utilement contribuer à ce besoin de connaissance.

Pour définir une politique de prévention de la perte d'autonomie, encore faut-il établir clairement le lien entre les situations de handicap et les causes des déficiences qui leur sont liées, qu'il s'agisse de maladies ou d'accidents ; les principales maladies chroniques, causes de restriction d'activité et de mauvaise santé déclarées sont les maladies cardio-vasculaires et respiratoires graves, les cancers, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Nous disposons de données épidémiologiques sur les évolutions temporelles et géographiques de ces affections (cf. rapport état de santé en France). Ainsi, les AVC, dont les progrès de la prise en charge (cent mille séjours d'hospitalisation pour AVC par an) ont permis une baisse de la mortalité, restent la première cause de handicap fonctionnel [11] et la deuxième cause de démence [12].

Les troubles locomoteurs et les maladies mentales sont par ailleurs les principales causes de mise en invalidité (c'est-à-dire de restriction des possibilités de travailler avant l'âge de la retraite) : ils apparaissent donc parmi les priorités de santé publique, dès lors qu'on ne cherche pas seulement à réduire le taux de mortalité, mais qu'on s'intéresse aussi aux incapacités. La transversalité des approches préconisée dans le cadre des projets régionaux de santé et de leurs schémas sectoriels devra contribuer à cette cohérence.

Approfondir la connaissance des déterminants des situations de fragilité

Pour ce qui concerne plus particulièrement la perte d'autonomie liée à l'avancée en âge, la littérature scientifique identifie bien les principaux risques de perte d'autonomie, et par conséquent les trois cibles qui doivent être privilégiées si l'on veut réduire le pourcentage de personnes de plus de 60 ans considérées comme « dépendantes » [13].

- Prévenir les maladies liées à l'âge (risque cardio-vasculaire, de cancer, respiratoire, nutritionnel, risques sensoriels…). Généralement, les facteurs de risque de ces pathologies se constituent sur toute une vie : sédentarité, surpoids, mauvaise alimentation, tabagisme, etc. De ce fait, il y a une continuité dans l'approche de prévention depuis le plus jeune âge (donc y compris *via* les parents), et tout au long de la vie : *« il n'est jamais trop tôt et jamais trop tard pour promouvoir la santé »* (SNPIH [14], 2007).
- Lutter contre l'inactivité, qui est un facteur de risque en soi (indépendamment de la survenue d'une maladie liée à l'inactivité), contre lequel on peut lutter à tout âge, et qui concerne l'inactivité physique, mais aussi l'inactivité mentale [15].
- Dépister les situations de fragilité des personnes âgées, qui induisent un risque accru de dépendance (situations estimées à 8-10 % des plus de 60 ans). Le diagnostic se fonde sur les symptômes de fatigue, de dénutrition, de sarcopénie [16], de troubles de l'équilibre, l'isolement social…

Une amélioration de la connaissance des déterminants de la fragilité [17] peut sans aucun doute constituer une piste prioritaire de recherche. Elle devra pouvoir progresser dans deux directions : tout d'abord, s'étendre du champ des personnes âgées dans lequel elle est née à l'ensemble des situations à risque de perte d'autonomie ;

(11) On note par exemple que d'après le registre des AVC de Dijon, 42 % des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ne peuvent plus marcher sans assistance. Les deux tiers des AVC surviennent après 65 ans.
(12) Les malades chroniques – importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies – Juliette Bloch – ADSP n°72 septembre 2010.
(13) 3,3 % pour les 60-79 ans et 13,7 % pour les 80 ans et plus. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 – Études et résultats n° 718 – février 2010 – DREES.
(14) *Swedish National Institute of Public Health*.
(15) La scolarisation précoce permet de constituer une « réserve cognitive », plus importante, que l'on maintient plus longtemps : les études transversales et en plan longitudinal confirment ainsi que le niveau d'études est le premier facteur de prévention du déclin cognitif lié à l'âge.
(16) Fonte des muscles due au vieillissement ou à une maladie neurologique.
(17) La conceptualisation de la notion de fragilité est récente, cf. Linda Fried, Luigi Ferruci, Jonathan Darer, Jeff Williamson et Gerard Anerson, 2004. « *Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity : implications and improved targeting and care* », *Journal of Gerontology*.

par ailleurs, intégrer les dimensions sociales et environnementales. La place centrale jouée par les déterminants sociaux dans le modèle du handicap ne peut en effet qu'inviter à approfondir la connaissance que l'on a du rôle qu'ils jouent au stade de la fragilité.

Les axes à privilégier : améliorer l'état de santé tout au long de la vie et cibler les actions sur les populations vulnérables ou fragiles

Les deux premières cibles de prévention de la perte d'autonomie rappelées ci-dessus – les maladies dont la fréquence augmente avec l'âge et l'inactivité – relèvent des politiques générales de santé publique, y compris pour ce qui est de l'accès aux soins des personnes âgées et handicapées. Par contre, les personnes sans risque pathologique avéré mais fragiles (physiquement ou socialement) doivent constituer une cible spécifique, pour laquelle la prévention de la perte d'autonomie a toute sa place, ce qui nécessite une stratégie de dépistage adaptée.

Améliorer l'état de santé tout au long de la vie est le facteur commun de la prévention en santé et de la prévention de la perte d'autonomie

Dès son premier rapport de 1994, le Haut comité de santé publique fixait *« quatre grands buts à moyen terme : réduire les décès évitables (donner des années à la vie) ; réduire les incapacités évitables (donner de la vie aux années) ; améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades (quel que soit leur âge) ; réduire les inégalités face à la santé » :* ces objectifs demeurent aujourd'hui complètement pertinents et se retrouvent largement dans les six axes de la loi du 9 août 2004 de santé publique, qui propose une centaine d'objectifs à cinq ans pour réduire la mortalité et la morbidité évitables, et diminuer les disparités régionales en matière de santé [18].

En matière de prévention de la perte d'autonomie, la prévention primaire consiste à prévenir les maladies et accidents à l'origine de la déficience : c'est le rôle des grands programmes de prévention en santé, qui relèvent des acteurs de droit commun de la prévention en santé – Direction générale de la santé (DGS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) –, mais aussi des acteurs ayant des responsabilités dans les politiques de sécurité des personnes (Institut de veille sanitaire – INVS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation – ANSES, Sécurité routière, Commission de la sécurité des consommateurs, Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – DGCCRF…).

Les préconisations pour renforcer l'efficacité d'une politique de prévention de la perte d'autonomie tout au long de la vie ne se distinguent pas de celles qui ont été établies par de nombreux experts sur la politique de prévention en santé dont elle constitue un des objectifs. La faiblesse de la politique française de santé publique en matière de prévention est ainsi soulignée depuis longtemps [19] et dans de multiples rapports et avis [20], comme en témoigne encore le constat de la Conférence nationale de santé en octobre 2008 [21].

« Le système de santé français est connu pour être principalement curatif et insuffisamment organisé en termes de prévention et de promotion de la santé publique. Les conséquences de ce déséquilibre sont loin d'être mineures…

La Conférence nationale de santé estime qu'il est nécessaire de ***repenser la stratégie publique pour intégrer la prévention dans une logique plus globale de promotion de la santé publique.***

La Conférence nationale de santé estime qu'il faut rompre avec la logique antérieure pour affirmer qu'il y a deux modalités de prévention sanitaire :

- *des mesures et des actions organisées, qu'elles soient médicales ou non, relatives à l'organisation professionnelle, sociale, économique ou de l'environnement : celles-ci peuvent être générales (réglementation, mesures de politique sociale) ou ponctuelles. Elles agissent directement sur les déterminants, mais ne sont efficaces que si elles sont ciblées sur les groupes à risque, tiennent compte des déterminants sociaux et si la popula-*

(18) Pour atteindre ces objectifs, cinq plans nationaux étaient prévus pour la période 2004-2008 concernant la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; et la prise en charge des maladies rares.

(19) En même temps, la mesure de la part de prévention dans la dépense courante de soins est mal mesurée. cf. DREES Études et résultats n° 504, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France ».

(20) Cf., notamment, le rapport annuel de l'IGAS de 2003 : « Santé, pour une politique de prévention durable ».

(21) On pourrait aussi citer les États généraux de la prévention de 2006, ou le rapport de 2008 sur les inégalités sociales de santé de M. André Flajolet, député du Pas de Calais.

tion se mobilise collectivement contre la survenue de ces risques ;

- *des actions de promotion de la santé qui ne se focalisent pas seulement sur les facteurs de risques ou des approches ponctuelles et visent à accroître l'autonomie des personnes afin de leur permettre de faire des choix éclairés favorables à leur santé grâce à une éducation (éducation pour la santé ou éducation thérapeutique selon que l'on s'adresse à une population générale ou à un groupe de malades) qui protège et promeut la santé.*

La Conférence nationale de santé propose que cette approche devienne la référence dans l'action publique. »

De plus en plus, dans les conceptions internationales, cette notion de promotion de la santé tend à dépasser le cloisonnement, jugé inopérant, entre médecine préventive et médecine curative, comme le montre, par exemple, le rapport de l'IGAS de 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable »...

Le Conseil de la CNSA ne peut que reprendre à son compte ces préconisations.
Il insiste également pour que l'amélioration de l'état de santé vise aussi les personnes déjà concernées par la perte d'autonomie, grâce à un meilleur accès de ces personnes aux dispositifs de prévention, d'éducation pour la santé et de soins.

Garantir l'accès des personnes en perte d'autonomie à des soins de qualité : levier de la politique de promotion de la santé

Souvent qualifié de politique de prévention de la perte d'autonomie dans la mesure où il a également pour enjeu de prévenir l'aggravation de la situation de la personne, l'accès aux soins des personnes handicapées, et plus généralement en déficit d'autonomie, n'est autre qu'une déclinaison, dans le champ de la santé, du principe d'accessibilité consacré par la loi de 2005. Les acteurs du système de santé doivent, comme tous les responsables et acteurs des autres politiques publiques, favoriser l'accessibilité de leurs services et de leurs actions, que ce soit par la mise en conformité des lieux de soins aux règles d'accessibilité du cadre bâti, la formation des professionnels de santé à l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées ; par la mise en place de dispositifs de communication adaptés ; ou l'adaptation des supports des campagnes de prévention aux besoins de certains publics. C'est ainsi que l'INPES a conduit, dans le cadre d'un partenariat avec la CNSA, une action d'adaptation pour les personnes ayant un handicap sensoriel des supports d'information et de sensibilisation en prévention et promotion de la santé [22]. Cette action spécifique devra être prolongée par une démarche plus systématique visant à rendre accessibles les supports des campagnes tous publics, en procédant par exemple au sous-titrage en clair et à l'interprétation en langue des signes française (LSF) des campagnes télévisuelles.

L'amélioration de l'accès aux soins en psychiatrie pour les malades mentaux est également une exigence, d'autant plus forte qu'elle constitue à la fois une réponse aux besoins de soins immédiats et une action de prévention des rechutes. Elle doit intégrer la difficulté, intrinsèque au handicap psychique, de proposer une démarche de soins à des personnes qui, le plus souvent, ne la demandent pas.

En raison de la spécificité de son lieu de vie ou de l'existence d'un accompagnement médico-social, la personne en perte d'autonomie est parfois dans une situation telle qu'un effort particulier, voire la mise en place de mesures spécifiques, est nécessaire pour permettre un accès aux dispositifs de prévention et de soins de

(22) Cette action a notamment donné lieu à une recherche qualitative visant à connaître les attentes, perceptions et pratiques des personnes aveugles et malvoyantes en matière de santé (revue *Évolutions*, n° 24 : « Déficience visuelle et rapport à la santé, quelles spécificités ? » – INPES, septembre 2010) et à l'adaptation de documents de prévention.

droit commun [23]. Le récent rapport « Handicap et santé bucco-dentaire [24]» rappelle ainsi que *« les enfants handicapés en institution, c'est-à-dire hors du milieu scolaire ordinaire, ne bénéficient presque jamais de programmes d'éducation à la santé »*. Le programme d'éducation MT' Dents de la CNAMTS, qui propose un examen bucco-dentaire aux enfants de 6 et 12 ans, soutient ainsi des séances de sensibilisation et de motivation dans les classes de CP et de 5e, mais aucun programme d'intervention n'est prévu dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents. Ce rapport conclut qu'il serait tout à fait envisageable d'expérimenter ce programme dans les instituts médico-éducatifs de trois ou quatre régions, ce qui irait dans le sens des dispositions de l'article L.1411-2 du code de la santé publique [25]. Des conclusions similaires sont également valables pour les personnes âgées en établissements, pour lesquelles la mise en place d'un suivi bucco-dentaire pourrait significativement améliorer leur prise en charge et par conséquent leur nutrition et leur état de santé général.

Plus généralement, **l'accès aux soins des personnes en situation de perte d'autonomie est en soi un facteur de prévention de l'aggravation de leur situation :** c'est notamment le cas des maladies chroniques, qui demandent un suivi au long cours, ou de risques de santé liés à la limitation d'autonomie elle-même, comme la prévention des escarres. Les limitations de la mobilité peuvent aussi être un facteur de non-accès aux soins, par exemple lorsque la réglementation ne prévoit pas le déplacement à domicile des professionnels (c'est le cas des audioprothésistes), ou lorsque les lieux de soins ne sont pas accessibles.

L'audition publique sur l'accès aux soins des personnes handicapées, qui s'est tenue les 22 et 23 octobre 2008, a mis en évidence l'ensemble des obstacles à l'accès aux soins et les pistes pour y répondre : il faut les mettre en œuvre. La constitution d'un groupe de travail spécifique au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) répond à l'exigence d'accompagner ce mouvement.

La question de la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux relève de la même logique : celle de l'accès des personnes en perte d'autonomie à des soins de qualité. Si l'ANESM a été créée pour élaborer des recommandations de pratique professionnelles spécifiques aux établissements et services médico-sociaux (ESMS), elle ne peut se passer d'une forte collaboration avec la Haute autorité de santé (HAS), dont les recommandations en matière de qualité des soins s'adressent aux professionnels de santé de ces établissements comme à ceux du secteur sanitaire. La convention de collaboration entre les deux institutions signée en 2010 est là pour le signifier. Cela suppose également que les établissements et services disposent de moyens humains suffisants pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques.

Au-delà des soins qu'ils apportent aux personnes, les établissements et services peuvent aussi être des vecteurs d'une politique de prévention, d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé auprès des personnes qu'ils accompagnent [26]. De la même manière, s'ils bénéficient d'une formation adaptée, les aidants familiaux peuvent aussi veiller à l'accès de leurs proches à des soins de qualité.

Le Conseil rappelle que, bien qu'elle concerne les personnes âgées et handicapées, la question de l'accessibilité de la prévention et du système de soins ne relève pas de la CNSA (si ce n'est à travers la contribution des établissements et services médico-sociaux). Elle est de la compétence des acteurs responsables de ces politiques ; et il veillera à ce que la Caisse ne soit pas appelée à se substituer à ces derniers. Il considère toutefois que la CNSA peut s'y associer, en réponse aux sollicitations, pour apporter une expertise sur les besoins des personnes en perte d'autonomie et accompagner l'appropriation de cette problématique par les acteurs de droit commun ou leur mise en réseau. Elle ne doit cependant pas se trouver en première ligne de telles actions, pour des raisons tant de principe que d'efficacité.

(23) La non-prise en compte des déplacements à domicile des professionnels de santé est dans certains cas, aussi, un obstacle.
(24) Rapport handicap et santé bucco-dentaire élaboré par les docteurs Patrick Hescot, président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire, et Alain Moutarde, secrétaire nationale du Conseil de l'ordre des chirurgiens, et remis le 19 octobre 2010.
(25) *« Le rapport établi par le Haut conseil de la santé publique dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé. Il précise les moyens spécifiques à mettre en œuvre le cas échéant pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier pleinement des plans d'action ».*
(26) C'est à ce titre, par exemple, que l'INPES a développé, dans le cadre de son partenariat avec la CNSA, un dispositif national de formation des aides à domicile pour leur permettre de mieux en prendre en compte le maintien de l'autonomie des personnes âgées dans les pratiques du quotidien, autour de la nutrition, de la mobilité et du lien social.

Cibler les actions de prévention de la perte d'autonomie sur les populations vulnérables ou fragiles

Les inégalités sociales se retrouvent non seulement dans l'espérance de vie (à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie supérieure de six ans à celle des ouvriers), mais aussi dans l'espérance de vie sans incapacité (ces mêmes cadres vivront sans incapacité dix ans de plus que les ouvriers). *« Ces différences persistent aux âges élevés. À 60 ans, les ouvriers et ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 ans et 25 ans pour les ouvriers et les ouvrières, contre 23 ans et 27 ans pour les hommes et femmes cadres supérieurs. Et les incapacités de type 1*[27]*, fréquentes aux grands âges, s'installent durablement pour les professions manuelles. Après 60 ans, les ouvriers et ouvrières vivront en moyenne plus d'années avec que sans limitations fonctionnelles. Les incapacités les plus sévères, de type III, occupent 16 % de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 9 % de celle des hommes cadres (22 % et 16 % pour les femmes).*[28] *»*

Ce que confirme le rapport de l'INSERM sur les inégalités de santé : *« Tout se passe comme si on devenait vieux plus tôt lorsqu'on est en bas de la hiérarchie sociale, lorsqu'on a eu un travail pénible et chichement payé… Les avantages et handicaps acquis durant la vie active continuent de s'exprimer au cours du vieillissement jusqu'à la date de la mort ».*

Ces inégalités ne sont pas seulement liées aux conditions de travail, mais à un ensemble de causalités plus vaste : revenus et éducation, conditions de vie et de logement (ou absence de domicile fixe), familles monoparentales ou issues de l'immigration, habitudes alimentaires, tabagisme, sédentarité, absence de dépistage et de suivi médical, renonciation aux soins pour motifs financiers… Elles touchent aussi l'entourage des personnes en situation de perte d'autonomie : il a été démontré que **les aidants familiaux présentent aussi un risque de fragilité,** notamment si l'accompagnement professionnel ou les solutions de répit ne sont pas suffisants ou inaccessibles.

Or, on sait que **les stratégies de prévention et de dépistage en santé ont tendance à toucher prioritairement les catégories sociales qui en ont le moins besoin.** Comme l'indique le Conseil d'analyse stratégique, on arrive au résultat paradoxal qu'*« une promotion accrue des pratiques de prévention risque d'accroître les inégalités en matière de santé en ce qu'elle bénéficierait au premier chef aux populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires »*. Ce risque est encore plus important en matière de prévention de la perte d'autonomie, dans la mesure où l'on n'attend pas une prise en charge sanitaire (comme pour le dépistage précoce d'une tumeur), mais un changement de comportement individuel ou d'environnement. Gagner globalement des années d'espérance de vie en bonne santé, c'est donc s'efforcer en priorité d'atteindre les catégories sociales les moins accessibles aux messages de prévention[29], surtout dans la mesure où l'essentiel est lié à un changement de comportement individuel (activité physique, alimentation, lutte contre le tabagisme…), d'autant plus difficile avec l'avancée en âge.

Cibler la politique de prévention de la perte d'autonomie sur certaines catégories sociales, pour ce qui est du risque de « fragilité », est donc une nécessité. Cela implique de réfléchir à une politique de dépistage centrée sur ces catégories sociales, à rebours de l'idée d'une « consultation généralisée », qui en pratique ne bénéfierait qu'à une fraction de la population, et sans doute celle où elle est le moins nécessaire.

Ce dépistage pourrait par exemple se centrer, au moins initialement, sur les GIR 5 et 6, qui sont identifiés par les caisses de retraite et qui, du fait des critères de revenus, relèvent plutôt des catégories sociales les moins favorisées, ainsi que sur les individus fragiles identifiés par l'intermédiaire des réseaux sociaux (bénéficiaires de l'aide sociale des conseils généraux et des centres communaux d'action sociale – CCAS) ou associatifs. Une des conditions de réussite est que cette « action ciblée de dépistage de la fragilité » **puisse être étroitement articulée avec les solutions d'accompagnement proposées** aux personnes concernées, par exemple pour un développement de l'activité physique, une modification des pratiques alimentaires, un changement dans l'habitat ou une meilleure socialisation : sinon, le

(27) Le niveau I correspond aux personnes ayant déclaré une incapacité fonctionnelle qui n'engendre aucune gêne particulière dans les activités du quotidien, mais nécessite une aide technique ou un aménagement du logement ou du poste de travail. Le niveau III correspond à des incapacités avérées d'effectuer certains gestes de la vie quotidienne (AVQ).

(28) Cambois E., Laborde C. et Robine J.-M. : la « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte in *Populations et sociétés*, n° 441.

(29) Cf. rapport de l'Académie de médecine de 2002 : « La réduction des inégalités sociales de santé dépend d'une meilleure prévention, qui doit s'exercer dès l'enfance ».

diagnostic restera sans suites réelles, et donc inefficace. C'est donc une politique « médico-sociale » au plein sens du terme, qui doit allier diagnostic, prise en charge médicale et accompagnement social. **La coordination des intervenants est un prérequis indispensable, dans une approche multidimensionnelle des besoins de la personne et de son entourage.** Une des principales nécessités est d'être en situation d'identifier, à tous les points d'entrée, les acteurs capables de répondre à l'ensemble de ces missions : un acteur unique, professionnel de santé ou professionnel social, est rarement en mesure de poser l'ensemble du diagnostic, de proposer toutes les solutions et d'en suivre la mise en œuvre.

Le deuxième axe d'une stratégie spécifique de prévention de la perte d'autonomie devrait **viser les situations de rupture où le risque est particulièrement important :** le retour à domicile après une hospitalisation [30], la perte de l'aidant familial, le changement de lieu de vie, l'interruption de l'activité professionnelle d'une personne handicapée, par exemple. Ce sont des moments où le risque de perte ou d'aggravation de la perte d'autonomie est majeur et où une vigilance particulière doit s'exercer, avec une adaptation rapide des réponses aux nouveaux besoins de la personne.

La nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé

Des politiques spécifiques de prévention de la perte d'autonomie, ciblées sur les populations fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, aidants), sont donc légitimes et nécessaires. Elles doivent mobiliser un réseau d'acteurs diversifiés, mais en s'assurant qu'ils inscrivent leur action, au plan national et au plan territorial, dans une stratégie d'ensemble dont les résultats sont mesurables.

✳ Reconnaître l'intervention d'une pluralité légitime d'acteurs

Au-delà des acteurs nationaux en charge de la conception et du pilotage des politiques générales de prévention et de promotion de la santé (ministère de la Santé, INPES), de nombreux acteurs concourent déjà aujourd'hui à ces actions de prévention spécifiques, qui par définition s'adressent à une pluralité de publics, et doivent se décliner au plus près du terrain. On doit citer notamment :

L'action des caisses de retraite et d'assurance maladie et des mutuelles

Les caisses de retraite de base et complémentaires proposent pour la plupart à leurs adhérents une action sociale destinée à prévenir la perte d'autonomie. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) consacre 285 M€ (2009) pour l'aide ménagère aux GIR 5-6.
La Caisse centrale MSA (dont 40 % des assurés ont plus de 60 ans) a initié depuis 2005 les « ateliers du bien vieillir », dont ont bénéficié trente mille seniors, avec un taux de satisfaction très important (98 %) et, ce qui est notable, une importante proportion d'effets mesurables dans les changements de comportements individuels. Les MSA proposent aussi le « Pac Eurêka » d'entretien de la mémoire, conçu avec la Fondation nationale de gérontologie, qui a déjà bénéficié à plus de soixante-dix mille personnes et s'appuie largement sur le bénévolat des clubs d'aînés ruraux.
Dans leur action sociale, les institutions AGIRC-ARRCO mettent l'accent sur la perte d'autonomie, non seulement pour l'hébergement (réservation de places, travaux…), mais aussi en matière de prévention, axe qui mobilise ainsi 29 % des engagements des institutions AGIRC. La CNAMTS et la CNAV ont initié conjointement en 2003 un plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées, récemment réactualisé et recentré sur le ciblage des populations fragilisées et sur la mise en place d'une offre globale d'accompagnement.
Avec le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), la CNAMTS intervient directement en matière de prévention générale en santé. Certains de ces programmes prioritaires sont plus directement ciblés sur la perte d'autonomie, comme le programme de dépistage néonatal de la surdité.
Jusqu'au 1er janvier 2009, les retraités fonctionnaires de l'État de plus de 65 ans en GIR 5-6 bénéficiaient d'heures d'aide ménagère qui leur étaient allouées par l'État. Ce fonds (17 M€, environ) était géré par la Mutualité fonction publique, et les mutuelles qui la composent finançaient le reste à charge pour leurs bénéficiaires. Suite au désengagement de l'État à compter du 1er janvier 2009, et pour permettre à ses adhérents de continuer à bénéficier d'une aide-ménagère, chaque mutuelle compense ce désengagement en fonction de ses possibilités propres.
Les mutuelles développent également des actions diversifiées non seulement auprès de leurs adhérents,

(30) Une étude menée en Bourgogne et en Franche Comté a ainsi montré qu'un suivi organisé des sorties d'hôpital diminuait significativement le risque de réhospitalisation, générant une économie de plus du double du coût du dispositif.

mais également pour l'ensemble de la population autour du bien vieillir et de la prévention de la perte d'autonomie.

L'action des associations

Par leurs actions propres, ou en relayant sur le terrain les programmes initiés par les acteurs publics ou les organismes de protection sociale, les associations dans leur diversité sont un relais de proximité indispensable au déploiement des actions de prévention. Elles sont souvent, aussi, à l'origine d'actions innovantes, ou permettent d'identifier des situations individuelles à risque chez des personnes qui ne s'adressent pas spontanément aux dispositifs collectifs existants.

Le rôle des établissements et professionnels de santé et médico-sociaux

Les établissements de santé ont dans leur mission de contribuer à la prévention. Cette mission générale a pour les établissements de santé été complétée explicitement d'une mission d'éducation thérapeutique. Les établissements et services médico-sociaux contribuent et doivent contribuer à favoriser l'accès des personnes qu'ils accompagnent aux actions de prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique développées à destination de la population générale, sans se substituer à l'action des professionnels de la prévention. Ils apportent aussi leur connaissance des problèmes particuliers liés à la diversité des situations pathologiques, de handicap et de perte d'autonomie, et peuvent ainsi favoriser l'adaptation des actions de prévention aux situations particulières.

Le rôle des collectivités locales

Les collectivités locales, départements et communes essentiellement, ont un rôle important en matière de prévention dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (financement des aides à l'autonomie à travers les prestations APA et PCH, pilotage des maisons départementales des personnes handicapées, mise en œuvre de l'accessibilité dans les domaines relevant de leur compétence).

Les départements sont responsables du dispositif général de prévention de protection maternelle et infantile ; ils sont également cofinanceurs de dispositifs de prévention plus spécialisés tels que les CAMSP. Ils ont aussi vocation à dresser un état des lieux de l'offre de services à destination des personnes en perte d'autonomie dans le cadre des schémas départementaux et à planifier son développement et son évolution. Ces outils leur permettent d'initier et de suivre des collaborations en matière de prévention.

Les communes et les intercommunalités ont également des leviers à leur disposition pour favoriser la prévention, à travers l'action sociale des CCAS et CIAS. Leur responsabilité est également importante en matière d'accessibilité de la ville. On peut citer, aussi, l'engagement de certaines communes dans le programme de labellisation « Bien vieillir – vivre ensemble » (trente-quatre villes labellisées début 2010), qui s'inspire du programme de l'OMS des « Villes amies des aînés ».

L'efficacité de leur intervention implique de nouer des partenariats. C'est ainsi que, dans une optique de prévention secondaire à l'égard des populations fragilisées, **une meilleure coordination de l'action des**

départements et des caisses de retraite, entre GIR 5-6 et GIR 4 et au-delà, est nécessaire : le récent rapport de l'IGAS relatif à l'APA [31] a souligné que les évaluations faites successivement par les caisses de retraite et les départements sont rarement partagées et que l'antériorité des interventions d'une caisse de retraite au titre des GIR 5-6 n'est généralement pas connue des équipes médico-sociales des départements.

Le rôle des ARS

Créées le 1er avril 2010, dans la logique d'une approche transversale des différentes dimensions de la santé (au sens de l'OMS), les nouvelles agences régionales de santé ont notamment pour mission de *« définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie »*.

Cette mission est déclinée spécifiquement au sein du projet régional de santé (PRS) et en particulier du schéma régional de prévention, qui constitue l'un des trois schémas obligatoires [32]. Il fait l'objet de concertations menées au sein même des instances gouvernantes de l'agence : commission spécialisée de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et commission de coordination des politiques publiques de santé *« dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile »*, qui associe les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions menées. La loi de financement de la sécurité sociale 2011 a prévu que les contributions de la CNSA aux ressources des ARS puissent également couvrir *« les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées »*. Cette extension doit permettre de déléguer aux ARS les crédits de prévention jusqu'ici gérés au plan national (programme Bien vieillir) afin qu'elles les intègrent dans le cadre général de leur schéma régional de prévention, pour mieux articuler la dimension « prévention de la perte d'autonomie » avec les autres actions de prévention. Il s'agit, ainsi, d'une extension de la logique qui avait conduit à la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), et à la mutualisation, dans ce cadre, des crédits de l'État et de l'assurance maladie.

Cette prise en compte de la prévention au service de l'autonomie s'appuie sur la compétence régionale donnée aux ARS pour piloter et réguler l'offre de prise en charge et d'accompagnement médico-social (établissements et services pour les personnes âgées ainsi que pour les enfants et adultes handicapés). En lien avec les conseils généraux (schémas départementaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées), elle est au cœur de l'élaboration du schéma d'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) et des programmes d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

(31) Rapport IGAS RM2010-035 P d'avril 2010 sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, V. Guillermo ; M. Laroque ; J. Voisin ; D. Lacaze.
(32) Article L. 1434-5 du CSP : *« Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire… »*.

Le rôle de la CNSA

Créée pour contribuer au financement des politiques d'aide à l'autonomie des personnes âgées et handicapées et veiller à l'égalité de traitement sur le territoire national, la CNSA n'a pas de compétence générale comme opérateur sur l'ensemble des politiques à destination de ces populations. Elle n'a pas à se substituer aux acteurs nationaux en charge des politiques de prévention, d'accès aux soins, ou de promotion de la santé pour les personnes en perte d'autonomie, pas plus qu'à ceux à qui ont été confiées celles de l'accessibilité.
Il y a lieu de bien distinguer ici ses compétences d'agence de celles de son Conseil.
Ce dernier rassemble tous les acteurs participant à l'accompagnement des personnes en déficit d'autonomie : il a vocation, de par la loi, à porter un regard large sur les politiques au service de l'autonomie et à faire des propositions au Gouvernement et au Parlement sur la manière d'en renforcer l'efficacité. C'est à ce titre qu'il a estimé nécessaire d'insister, aujourd'hui, sur la place de la prévention, et la part que chacun doit y prendre.
Opérateur dans le champ des politiques d'aide à l'autonomie, la CNSA dispose en tant qu'agence de quelques leviers bien identifiés pour favoriser la prévention et la promotion de la santé.
Dans le champ de la compensation de la perte d'autonomie, elle contribue à prévenir les conséquences des limitations d'activité en termes de participation à la vie sociale, que ce soit par ses concours financiers, par les crédits de fonctionnement apportés aux maisons départementales des personnes handicapées ou par son rôle de mise en réseau des acteurs locaux.
Chargée d'éclairer les besoins en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, elle a contribué à élaborer la méthodologie des schémas régionaux d'organisation médico-sociale en intégrant la dimension de participation à la prévention, y compris dans leurs liens avec les schémas départementaux. Elle doit continuer d'animer, dans le cadre du conseil national de pilotage, le réseau des ARS dans la programmation de l'offre médico-sociale, en lien avec les autres volets du programme régional de santé, notamment celui dédié à la prévention.
Responsable de la gestion des crédits de l'assurance maladie dédiés au financement des établissements et services médico-sociaux, elle ne peut se désintéresser de la qualité des soins ainsi délivrés aux personnes qui y sont accompagnées dans une démarche de promotion de la santé : sa participation au GIP ANESM en témoigne.
Dans le cadre de sa politique de soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes, la CNSA a financé les appels à projets régionaux du plan Bien vieillir et participe aux réflexions relatives à l'amélioration de l'efficacité de cette politique de prévention spécifique au grand âge. Ses crédits d'études et de recherche sont mobilisés au service de l'amélioration de la connaissance des personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie et des réponses qui leur sont apportées, intégrant une logique de prévention du handicap.
Enfin, elle a vocation à apporter son expertise des besoins des personnes en perte d'autonomie aux différents acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé afin d'appuyer le développement de leur action à destination des personnes âgées et handicapées, sans pour autant se substituer à leur responsabilité.

Développer une approche stratégique

Il est frappant de constater que les différentes initiatives nationales et locales reprennent très largement les mêmes constats de départ, proposent des programmes d'action très similaires, mais semblent le plus souvent ignorer les précédents et leurs enseignements, faute d'évaluation suffisante. Il est par exemple illustratif de relire le programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles de 2002, le programme d'action de 2003 « pour une politique de la longévité et de la solidarité entre les générations », le programme Bien vieillir de 2007 et le programme Vivre chez soi de 2010, qui ne se fondent pas sur un bilan des actions précédentes, mais se recoupent cependant largement. Cette absence de continuité est caractéristique de ce que la prévention de la perte d'autonomie ne constitue pas une stratégie de long terme [33] et de la faiblesse de l'évaluation en France.
Pour le Conseil de la CNSA, **l'objectif premier de la prévention doit être le bien-être des personnes, par la préservation de leur autonomie,** les économies générées en matière curative n'étant qu'un objectif secondaire. Le retour sur investissement doit être d'abord qualitatif. Une approche coût/bénéfice, si elle est nécessaire pour évaluer et comparer l'efficience des programmes, ne doit pas aboutir à une stratégie délibérée de non prise en charge, comme cela peut exister dans certains pays. L'OCDE a mis en lumière le fait que, même si cette préoccupation est de plus en plus présente, cette approche coût/bénéfice des différentes politiques de prévention

(33) De façon plus générale, l'IGAS notait dans son rapport de 2003 : *« La politique nationale de santé publique a souvent pris la forme d'une succession de plans et de programmes nationaux derrière laquelle il n'est pas facile de discerner une stratégie claire et reconnue. Cette programmation tous azimuts a pu également donner l'impression d'obéir davantage à une logique médiatique, à la recherche d'effets d'annonce, qu'à une volonté stratégique et durable ».*

est encore insuffisante (avec une approche qui ne se limite pas aux comparaisons de coût, mais privilégie des mesures comme l'espérance de vie sans incapacité, ou la mesure coûts/bénéfice approchée par la disposition du public à payer pour un bénéfice ou la prévention d'un effet adverse) [34]. C'est particulièrement le cas en France. Il serait d'ailleurs erroné de croire, comme cela est souvent avancé, que toute stratégie de prévention permet de faire des économies par rapport au curatif : le conseil d'analyse stratégique [35] cite par exemple une étude [36] analysant le rapport coût/efficacité mesuré en années de vie gagnées ajustées par la qualité (QALYS) de cinq cent quatre-vingt dix-neuf actions de prévention, qui tend à montrer que seules 20 % d'entre elles ont permis des économies réelles.

Au total, et c'est un enseignement à retenir au vu des programmes français actuels et de leur organisation institutionnelle, **il paraît primordial d'avoir une approche intégrée de ces politiques du Bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie.** Il faut mettre l'accent sur l'évaluation des programmes et sur leurs résultats, car il est encore difficile d'apprécier l'efficacité relative et le rapport coût/bénéfice des différentes approches. Il paraît évident que l'efficacité est liée à l'adhésion dans la durée des personnes elles-mêmes aux différents programmes qui impliquent souvent un changement de mode de vie, donc une approche largement psychosociale et pas seulement médicale. Les programmes de prévention (et d'éducation à la santé) doivent faire la preuve de leur capacité à toucher les personnes les plus à risque, condition essentielle de leur succès, dont il ne faut pas sous-estimer la difficulté.
De ce point de vue, le fractionnement en France des politiques de prévention de la perte d'autonomie (selon l'âge, le niveau territorial, les institutions qui les conçoivent et les conduisent) peut sembler compliquer la tâche et doit être dépassé. Il faudrait donc imaginer une approche plus intégrée, où la politique de prévention de la perte d'autonomie serait une partie d'une approche globale de santé publique, et où les différentes institutions seraient associées à la conception et au pilotage aux différents niveaux territoriaux, au plan national et au plan régional.

L'enjeu est de construire une stratégie nationale de prévention

La diversité des acteurs de la prévention est incontournable et nécessaire. **Regretter l'absence d'une politique cohérente ne doit pas mener à préconiser une unification des acteurs : chacun peut et doit avoir sa place,** eu égard à la diversité des moments et des lieux concernés. Le Conseil préconise une mise en commun des éléments de connaissance et des expériences et, sur cette base, la définition de lignes directrices nationales auxquelles chacun des acteurs pourrait ensuite se référer dans son champ d'intervention propre. On devrait ainsi imaginer une réorientation du plan Bien vieillir, qui serait moins tourné vers l'instrumental (une consultation, des labels, des financements ponctuels…), mais plus vers la définition d'une stratégie nationale interministérielle servant de cadre de référence et de lieu d'échange. Dans son avis du 13 octobre 2008, la Conférence nationale de santé (CNS) notait déjà que *« de nombreux pays, notamment en Europe, font mieux avec des montants financiers comparables, tout simplement parce qu'ils insèrent ces efforts dans une approche globale se référant aux recommandations internationales en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé et de promotion de la santé, en coordonnant les acteurs et en sécurisant leurs interventions »*.

Dans cette vision, **la politique de prévention de la perte d'autonomie ne doit pas exister par elle-même et pour elle-même, mais – comme l'ensemble de la santé publique – irriguer toutes les politiques publiques et de santé publique** dans une logique que les Anglo-Saxons qualifient de *main streaming :* l'habitat, l'environnement, les transports, les conditions de travail, l'éducation, les loisirs et la culture doivent chacun dans leur champ intégrer cette dimension dans la définition des objectifs de politique nationale.

La Conférence nationale de santé, dans la continuité de cet avis, pourrait être ce lieu d'échange organisé [37], ou bien une commission nationale du débat en santé publique, dont la CNS préconise par ailleurs la création.

Une déclinaison régionale et territoriale de la prévention de la perte d'autonomie est indispensable

Les axes d'une politique nationale de prévention de la perte d'autonomie doivent trouver une déclinaison régionale, là aussi comme la politique générale de santé publique : **en fonction de la situation particulière de la région et de ses territoires, dans un contexte où les inégalités territoriales de santé sont également**

(34) Ces méthodes de mesure sont cependant difficiles (quels coûts et bénéfices mesurer, comment intégrer l'échelle de temps ?), les politiques sont difficiles à isoler les unes des autres, et les études sont souvent menées sur des groupes trop restreints pour qu'une extrapolation soit possible.
(35) Note de veille n° 167 : vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée.
(36) *New England Journal of Medicine, 358, « Does preventive care save money ? »* C. Aohen J. T. Neumann, P. J ; Weinstein M.C.
(37) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait créé un comité national technique de prévention. Il n'a jamais été installé, puis a été supprimé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

importantes, l'ordre des priorités et les moyens d'action doivent pouvoir s'adapter aux réalités et aux contraintes locales.

Les ARS sont naturellement, *via* le schéma régional de prévention et le rôle des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire, le relais principal de la déclinaison territoriale de cette politique de prévention, en fonction de la situation propre de leur région. Il est indispensable que le schéma régional de prévention prévu par la loi HPST ne soit pas un instrument conçu et piloté indépendamment des autres schémas d'organisation des soins ou du médico-social : de même que la prévention doit intégrer les dimensions des soins de ville, du soin hospitalier et du médico-social, **chacun des schémas sectoriels doit intégrer la dimension de prévention,** notamment dans sa dimension du risque de perte d'autonomie. La possibilité de mutualiser les crédits de prévention, y compris ceux émanant de la CNSA, est une condition nécessaire pour que les ARS soient en mesure de décliner régionalement les axes de la politique nationale de prévention.

C'est aussi au niveau régional que peuvent s'organiser les jonctions concrètes entre les différentes politiques qui peuvent concourir à la prévention de la perte d'autonomie : en première intention avec les conseils généraux (PMI, aide sociale à l'enfance, aide sociale) et les caisses de sécurité sociale, mais aussi avec l'ensemble des actions publiques qui doivent intégrer cette dimension (là aussi, Éducation nationale, logement, précarité, etc.).

Conclusion

Une politique de prévention efficace se situe nécessairement à l'articulation de différents champs d'action, de la promotion de la santé et de l'accès aux soins pour tous à des programmes plus ciblés sur des populations fragiles ou vulnérables ; du développement de l'accessibilité à l'adaptation de l'environnement de vie des personnes et la mise en place d'accompagnements adaptés qui favoriseront la participation à la vie sociale. Les acteurs légitimement concernés sont ainsi nombreux : cette diversité ne doit pas être un obstacle à l'affirmation d'une stratégie nationale et territoriale, non plus qu'à l'exigence d'évaluation des résultats et de l'efficience des actions menées.
La prévention doit trouver toute sa place dans les choix et orientations qui résulteront du débat que le Gouvernement a initié sur les politiques à conduire en France, aujourd'hui et demain, en matière de risque de perte d'autonomie. C'est d'abord et avant tout une dimension indispensable pour garantir à chacun, autant qu'il est possible, une espérance de vie maximale sans incapacité, ou au moins limiter l'aggravation des incapacités : l'enjeu est donc humain avant d'être financier. Mais c'est aussi un des vecteurs principaux, avec les progrès de la science, pour limiter la pression liée à l'évolution démographique sur les finances publiques et la solidarité nationale.

PARTIE 03

EXÉCUTION DU BUDGET

CHAPITRE 1 LE BUDGET EXÉCUTÉ 2010 SECTION PAR SECTION 36

CHAPITRE 2 LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2010
Vers la fin des réserves de la Caisse 42

CHAPITRE 1

LE BUDGET EXÉCUTÉ 2010 SECTION PAR SECTION

D'un montant supérieur à 19 milliards d'euros en 2010, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. L'examen par le Conseil de l'exécution de ses six sections permet d'alimenter le débat public sur tous les aspects des politiques ainsi financées.

Les ressources de la CNSA proviennent principalement de deux origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), votés dans le cadre de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale ; et des ressources propres constituées par la Contribution solidarité pour l'autonomie (CSA – la « journée de solidarité » instaurée par la loi du 30 juin 2004) et une fraction (0,1 %) de la Contribution sociale généralisée (CSG). Les premiers constituent 80 % des produits de 2010, les ressources propres 17,8 % (le solde provenant de ressources diverses, reversements de l'assurance vieillesse, produits de trésorerie et mobilisation de provisions).
Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la Caisse en six sections distinctes. Les cinq premières sections retracent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA ; la sixième est consacrée aux dépenses de gestion de la Caisse. Trois sections sont subdivisées en sous-sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées).
La loi précise également les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles.
La description de l'exécution du budget 2010, section par section, est complétée, dans le deuxième chapitre de cette partie, par une présentation de la manière dont le phénomène des réserves de la CNSA, souvent pointé du doigt depuis la création de la Caisse en 2005, est sur le point de disparaître ce qui constitue, à n'en pas douter, la principale caractéristique du budget en 2010.
Le budget primitif 2010 a été fixé le 17 novembre 2009 à 18 569 M€, en diminution de 0,80 % par rapport au budget rectifié 2009. Le 30 mars 2010, il a fait l'objet d'une modification permettant notamment de tenir compte des plans d'aide à l'investissement et de la révision des prévisions de recettes pour le porter à 19 071 M€ (soit + 5,2 % par rapport au budget exécuté 2009). Il se clôt à 19 157,9 M€.
Les chiffres présentés ci-dessous sont issus de la clôture des comptes.

Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (16 431 M€ en 2010, soit 85,8 % du budget de la Caisse)

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

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (8 448,3 M€, soit une croissance de 6,0 % par rapport à l'exécution 2009).

Les ressources de cette sous-section consistent :
- en une fraction du produit de la CSA, comprise entre 10 % et 14 %. Pour 2010, cette part a été maintenue à 14 %, comme en 2008 et 2009, soit 313,5 M€ ;
- à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 7 947,1 M€ (montant fixé par arrêté du 9 juin 2010).

L'OGD personnes handicapées (PH) inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 8 203,5 M€, dont 256,4 M€ (3,1 %) de contribution de la CNSA.

Outre le financement des établissements et services pour personnes handicapées, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques : l'abondement d'un fonds de concours de l'État au titre des groupes d'entraide mutuelle (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 24 M€, ainsi que le cofinancement de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007, pour 0,7 M€, celui de l'Agence nationale d'appui à la performance, instituée par la loi du 21 juillet 2009, pour 0,5 M€ et un prélèvement au profit de la section IV-2 (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,9 M€.
Cette sous-section dégage en 2010 un déficit de 187,5 M€, lié à une surconsommation constatée de l'OGD PH de 191 M€.

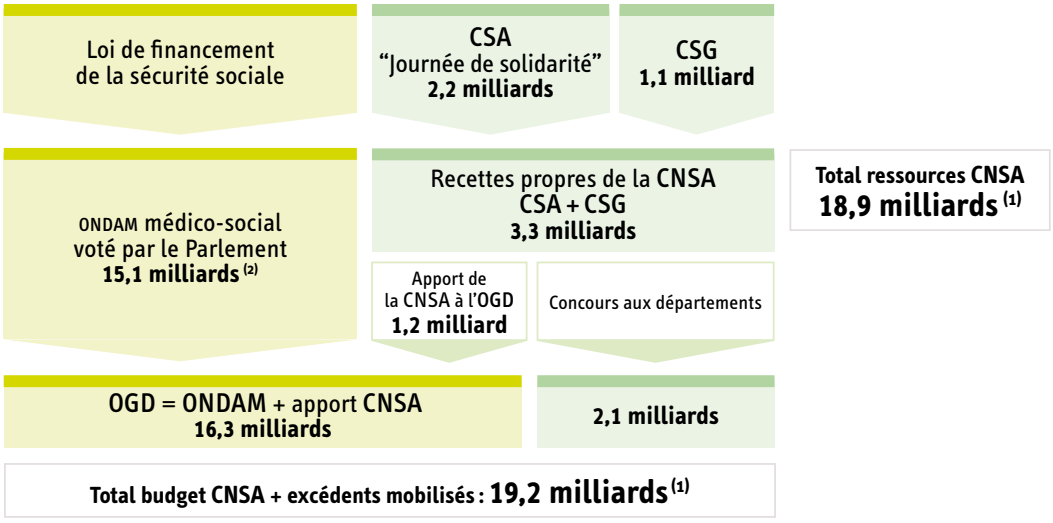
La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (7 982,5 M€, en progression de 9,6 % par rapport à l'exécuté 2009).

Les ressources de cette sous-section proviennent :
- d'une fraction de 40 % du produit de la CSA, soit 895,6 M€.
- de la contribution des régimes d'assurance maladie

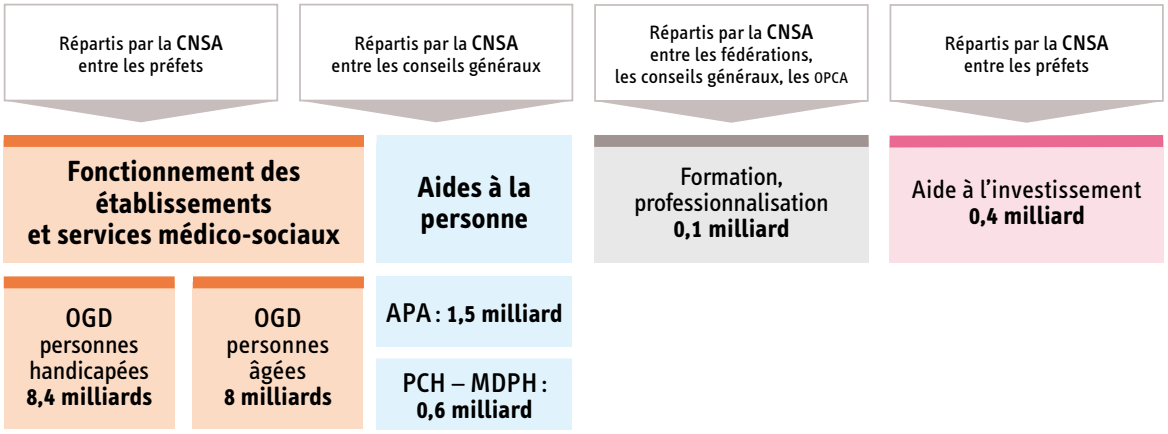
Principaux crédits gérés par la CNSA (en €)

Budget exécuté 2010 – Conseil du 12 avril 2011

RESSOURCES



EMPLOIS



(1) Ces montants comprennent divers autres financements et ajustements comptables dont 75 millions d'euros de fonds d'aide aux départements.
(2) Après restitution de 100 millions d'euros à l'assurance maladie selon la loi de financement de la sécurité sociale 2010.

➜ correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées qui s'élève à 7 267 M€, montant initialement fixé par l'arrêté interministériel du 9 juin 2010, ramené à 7 170,4 M€, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.
L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes âgées s'établit à 8 179,4 M€, dont 912,4 M€ (11,1 %) de contribution de la CNSA.

Cette sous-section finance également, au même titre que la sous-section I-1, le budget de l'ANESM pour 1,3 M€, le budget de l'ANAP pour 0,5 M€ et un prélèvement de 10 M€ est opéré au profit de la section V (sous-section 1) pour le financement des dépenses d'animation, de prévention et d'études.
Cette sous-section dégage en 2010 un excédent de 83,7 M€.
Le résultat 2010 de la section I s'établit à – 103,8 M€, du même ordre que la diminution de l'ONDAM personnes âgées de 100 M€.

La légère sous-consommation globale (– 38 M€) est la résultante d'évolutions contrastées sur les deux sous-sections :
- une diminution sensible de la sous-consommation de l'OGD personnes âgées, qui passe de 339 M€ (4,5 % de l'OGD) en 2009 à 229 M€ (2,5 % de l'OGD) en 2010 ;
- une surconsommation importante de 191 M€ de l'OGD personnes handicapées en 2010 (soit un taux de consommation de 102,5 %), alors que l'on constatait une sous-consommation de 141 M€ en 2009 (chiffre masquant d'ailleurs une légère surconsommation en raison d'importantes opérations de fin d'exercice).

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

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1 573,6 M€, soit une stabilité par rapport à l'exécution 2009.
Il est constitué de :
- 20 % des ressources de CSA, soit 447,8 M€ ;
- 94 % des ressources de CSG, soit 1 054,3 M€ ;
- 66,6 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse ;
- 4,9 M€ de produits financiers (correspondant à 50 % des produits financiers de 2010).

Le montant du concours APA résultant des ressources affectées s'élève à 1 536,2 M€, compte tenu du financement sur cette section du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées : 7 864 €), mis à la charge de la CNSA

en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.
Cette section est impactée par l'augmentation des atténuations de recettes (admissions en non-valeur, provisions sur créances) ainsi que par la forte baisse des produits financiers (– 78,5 % par rapport à 2009).

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

Cette section bénéficie de ressources à hauteur de 592,1 M€, en recul de 2,5 % par rapport à 2009, qui se répartissent ainsi :
- 26 % des ressources de CSA, soit 582,1 M€ ;
- 4,9 M€ de produits financiers (correspondant à 50 % des produits financiers de 2010).

En plus du concours PCH de 501,9 M€, la section III assume également le financement :
- du concours versé aux départements, au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, fixé par le Conseil du 30 mars 2010 à 60 M€ ;
- du remboursement à la CNAF de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour parent isolé d'enfant handicapé (article L.541-4 du CASF), à hauteur de 11,5 M€ ;
- du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes handicapées : 13 211 €).

Elle abonde également la section V-2 à hauteur de 10 M€, pour le soutien aux études, recherches et actions innovantes à destination des personnes handicapées.

Comme la section II, cette section est directement impactée par l'augmentation des atténuations de recettes et la diminution des produits financiers.
Elle présente au final un déficit de 4,3 M€ (prélevé sur les réserves) afin de maintenir à 60 M€ le financement des MDPH.

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

Cette section est subdivisée en deux sous-sections, la première consacrée aux personnes âgées et la seconde aux personnes handicapées.
Les ressources de la section IV-1, en faveur des personnes âgées, sont fixées par arrêté interministériel à 6 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 67,3 M€.
Les ressources de la section IV-2, en faveur des personnes handicapées, sont prélevées sur la section I-1, également par arrêté, à hauteur de 11,9 M€.
Les dépenses sont prévues à hauteur des ressources disponibles.
En 2010, cette section présente un déficit global de 58,9 M€ en raison d'un prélèvement exceptionnel de 75 M€ en faveur d'un fonds de soutien aux départements en difficulté, suite à la quatrième loi de finances rectificative pour 2010 (29 décembre 2010).

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

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

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

Les ressources de la section V s'élèvent à 20 M€, correspondant aux prélèvements de 10 M€ sur les sections I-2 et III.
Par ailleurs, la CNSA peut, sur les fonds propres résultant des excédents réalisés antérieurement, financer des investissements immobiliers pour la création ou la modernisation des établissements et services ainsi que des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants. À ce titre, en 2010, a été décidé un plan d'aide à l'investissement (PAI) de 151 M€ notifié à hauteur de 130,5 M€ en raison de l'utilisation partielle de l'enveloppe réservée au financement des pôles d'accueil et de soins adaptés (unités Alzheimer en EHPAD). Ce PAI 2010 se répartit en 100,5 M€ pour les personnes âgées et 30 M€ pour les personnes handicapées.

Enfin, cette section retrace également des dépenses relatives aux plans de modernisation (puis plans d'aide à l'investissement) des établissements médico-sociaux décidés en 2006, 2007, 2008, 2009 pour la part des subventions dont l'exécution se poursuit en 2010, à hauteur de 237,5 M€.

La section V présente un déficit de 124,8 M€, largement imputable au financement du plan d'investissement 2010 au moyen de ses réserves.

Section VI – Les frais de gestion de la Caisse

Les crédits affectés à cette section (17,9 M€, soit 0,09 % du budget total de la Caisse) sont prélevés, en application des dispositions de l'article L. 14-10-5, sur les sections I à IV.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (10,6 %), les dépenses de fonctionnement courant (19,5 %), les dépenses de personnel (48,5 %), et les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (21,4 %).

L'Institut médico-éducatif la Providence est l'un des établissements administrés par l'association homonyme qui s'est donné pour mission d'offrir aux enfants, adolescents et adultes, les meilleurs chances d'intégration scolaire, d'insertion professionnelle, sociale et culturelle, en milieu ordinaire ou protégé, dans le cadre d'un projet éducatif personnalisé ou d'un projet de vie. Cet IME accueille des enfants et de jeunes sourds de 5 à 20 ans, avec troubles associés.

CHAPITRE 2

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU BUDGET 2010

Vers la fin des réserves de la Caisse

L'année 2010 marque la fin du cycle budgétaire lié aux premières années de montée en charge de la CNSA : les réserves importantes qui s'étaient constituées ont désormais été quasi intégralement utilisées. Les besoins futurs devront donc trouver une réponse dans les moyens de l'exercice, ce qui, dans le contexte général difficile des finances publiques et sociales, renforce les exigences d'efficience de la dépense.

La fin des excédents liés aux mécanismes de financement des établissements et services médico-sociaux

Depuis la création de la CNSA, la section I de son budget, qui retrace l'ensemble des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, a produit chaque année d'importants d'excédents qui sont venus alimenter les réserves de la Caisse.

Cette situation de sous-consommation des crédits de l'objectif global de dépenses (OGD) tenait pour partie aux règles de tarification des établissements et services issues de la loi du 2 janvier 2002 et aux délais de construction et d'ouverture des places nouvelles : les services de l'État au niveau local – DDASS – ne pouvaient autoriser des places nouvelles dans un établissement ou un service sans disposer dans leur dotation de l'année de la totalité des crédits nécessaires à leur fonctionnement. Or, ces crédits n'étant alloués à l'établissement qu'à l'ouverture effective des places, les crédits de fonctionnement correspondants restaient ainsi non consommés jusqu'à cette ouverture. En outre, dans un certain nombre de cas, la totalité des crédits répartis aux DDASS et aux DRASS ne donnait pas lieu à autorisation dans l'année, ajoutant ainsi un autre facteur de sous-consommation. Enfin, l'utilisation partielle des crédits répartis par la CNSA entre les régions pour financer la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) supposant la signature préalable de conventions avec les établissements et conseils généraux concernés, processus parfois long, constituait une autre source d'accumulation de crédits non consommés.

Plusieurs actions ont été engagées dès 2006 pour mobiliser les réserves accumulées et réduire cette sous-consommation structurelle. L'année 2010 marque toutefois un changement d'échelle dans cette politique, à la suite d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur ce sujet. Deux démarches distinctes ont ainsi été engagées par le Gouvernement et mises en œuvre par la CNSA, contribuant à tarir les réserves issues de la section I :

- l'utilisation des réserves accumulées ;
- la modification des modalités de gestion des dotations (devenues régionales avec la création des agences régionales de santé) de financement des établissements et services médico-sociaux pour tarir la source de production des excédents.

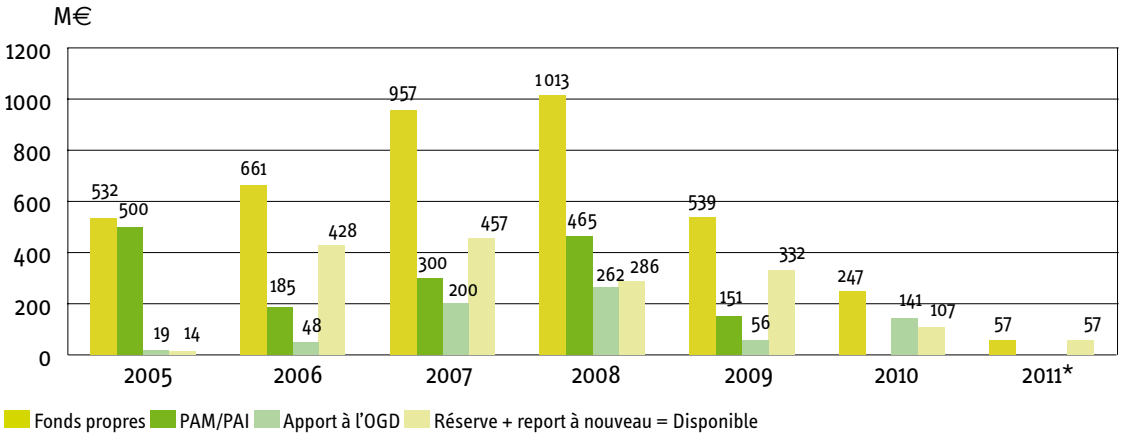
Les réserves issues de la section I sont ainsi passées de 890 M€ fin 2008 à 347 M€ fin 2009 et 92 M€ fin 2010.

L'utilisation des réserves accumulées

Depuis 2006, les réserves constituées à partir de la sous-consommation des crédits de la section I du budget de la CNSA sont venues financer des plans d'aide à l'investissement pour les établissements et services médico-sociaux. Le total des plans d'aide à l'investissement ainsi financés de 2006 à 2010 s'élève à 1 581 M€.

À partir de 2006, une partie des réserves a été appelée pour venir soutenir les efforts de l'assurance maladie dans l'augmentation de l'OGD : ce sont ainsi 585 M€ de réserves de la CNSA qui ont été mobilisés dans la construction de l'OGD.

Évolution des réserves de la CNSA entre 2006 et 2011



**prévision.*

Vers la fin de la production d'excédents

Au-delà de l'utilisation des réserves déjà constituées, la préoccupation a rapidement été de limiter la production récurrente – et quasi mécanique – d'excédents.

La première réponse à cette situation a été la création, dès la campagne 2006, « d'enveloppes anticipées », distinctes de la dotation de l'année et destinées uniquement à permettre aux DDASS de délivrer des autorisations de places nouvelles, les crédits correspondants n'étant intégrés dans la dotation départementale qu'à une date ultérieure programmée à l'avance : par exemple, une « enveloppe 2010 anticipée » notifiée en 2008 a pu permettre de délivrer des autorisations dès 2008, mais les crédits ne sont venus abonder les dotations départementales qu'en 2010. Ce mécanisme « d'autorisation d'engagement » réduit la période pendant laquelle des crédits sont disponibles dans les bases départementales, « en attente » de l'installation de la structure, et participe ainsi à la réduction de la sous-consommation.

La deuxième réponse – plus structurelle encore – a consisté à supprimer la source de la constitution de ces excédents. Elle est venue d'une mission confiée en 2009 par les ministres du Travail, de la Santé et du Budget à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances pour analyser les causes structurelles de la sous-consommation. Cette mission a mis en évidence l'existence de crédits disponibles dans les enveloppes départementales et a préconisé le passage à un système de financement des établissements et services médico-sociaux en autorisations d'engagement et crédits de paiement : les crédits de l'année votés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) sont les crédits de paiement strictement nécessaires au financement des places existantes et ouvertes dans l'année, ou des conventions de médicalisation mises en œuvre dans l'année ; les autorisations de places nouvelles sont délivrées quant à elles sur la base d'enveloppes anticipées déterminées en référence aux objectifs de création de places des plans nationaux. Dans le cadre de ces préconisations, une opération de réajustement des bases départementales a conduit à restituer de façon définitive à l'assurance maladie, fin 2009, 150 M€ qui ne correspondaient à aucun engagement futur ; et à réduire de 307 M€ le besoin de financement de l'année 2010, en retirant des bases de façon temporaire des crédits correspondant à des places autorisées dont l'installation ne devait pas intervenir avant 2011. Cette opération a permis de moins solliciter le financement de la sécurité sociale, tout en enrayant le mécanisme à l'origine des excédents. En outre, les mesures de maîtrise des risques de dépassement de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2010 ont conduit à diminuer en cours d'exercice de 100 M€ la contribution de l'assurance maladie à l'OGD.

> *« L'exercice budgétaire 2010 se caractérise, pour la première fois, par la consommation quasi-totale de l'objectif global de dépenses qui finance les établissements et services médico-sociaux à 16,3 M€. Par ailleurs, les dernières mesures de la loi de finances rectificative 2010 et de la loi de financement de la Sécurité sociale 2011 tarissent les réserves accumulées de la CNSA. »*
> **Emmanuel Lefèvre,** Directeur financier

Toutefois, les crédits de mesures nouvelles pour 2010 sont restés calculés, comme les années précédentes, en référence aux tranches annuelles des plans nationaux et non pas, dans une logique de crédits de paiement, en fonction des seules places devant s'installer dans l'année. Cette nouvelle logique, consacrée dans le cadre de la construction de la LFSS, sera en revanche appliquée en 2011, réduisant encore les marges de sous-consommation. La préparation de ce passage à des mesures nouvelles « en crédits de paiement » a donné lieu à des travaux conduits par la CNSA en 2010 consistant à faire recenser par les agences régionales de santé les crédits de paiement dont elles auront besoin en 2011 pour financer les places nouvelles dont l'ouverture est programmée dans l'année, ainsi que les conventions de médicalisation qui entreront en vigueur en 2011. C'est donc en 2011 que ce nouveau système sera en mesure de produire pleinement ses effets.

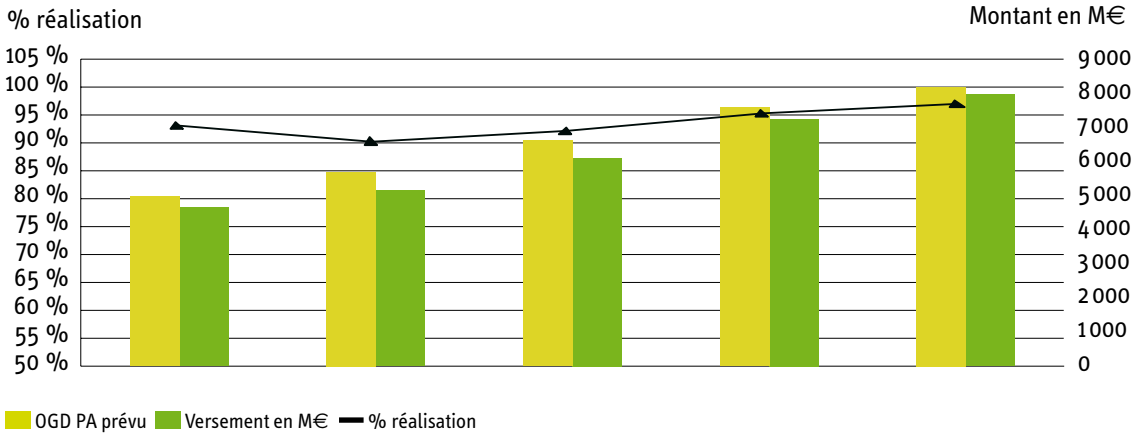
Néanmoins, dès 2010, l'ajustement des bases régionales conjugué à une accélération du rythme des dépenses sur le secteur personnes handicapées se solde déjà par un quasi-équilibre dans l'exécution des enveloppes médico-sociales, la sous-consommation encore persistante sur l'enveloppe personnes âgées (229 M€) étant compensée par un dépassement de l'enveloppe personnes handicapées d'un montant presque équivalent (191 M€), pour aboutir à une sous-consommation globale de 38 M€ (soit 0,23 % de l'OGD), très inférieure à celles constatées en 2008 (509 M€) et en 2009 (430 M€).

Cette faible sous-consommation, conjuguée à une légère baisse des recettes de la contribution solidarité

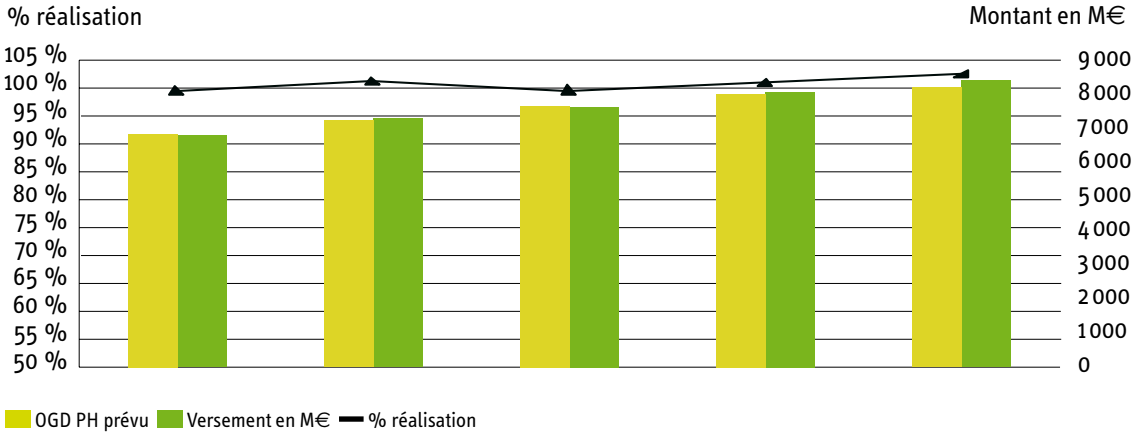
Taux de consommation des crédits de l'objectif global des dépenses (OGD) depuis 2006

Suivi des dépenses de l'OGD personnes âgées et personnes handicapées de 2006 à 2010.

OGD personnes âgées



OGD personnes handicapées



autonomie (CSA) par rapport à celles inscrites au budget modificatif de mars 2010 et à la diminution de 100 M€ de la contribution des régimes d'assurance maladie, aboutit à un résultat déficitaire de la section I de 103,8 M€ en 2010 et à des réserves de cette section ramenées à 92 M€ à la fin de cet exercice.

La perspective de la réduction de la sous-consommation de l'OGD et de la disparition des réserves de la CNSA a conduit les parlementaires à voter deux mesures destinées à garantir, dans ce contexte, la poursuite du renforcement de l'offre médico-sociale :

- dans le cadre de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, le Parlement a prévu l'inscription dans la LFSS de l'année des enveloppes anticipées de création de places à notifier au cours de l'exercice, marquant ainsi la dissociation entre la gestion par autorisations d'engagement des autorisations de places nouvelles et la gestion par crédits de paiement de leur installation ;
- dans le cadre de la LFSS pour 2011, le Parlement a fait un premier pas vers la création d'une ressource pérenne pour financer les plans d'aide à l'investissement en décidant de l'affectation en 2011 de quatre points de CSA, soit près de 93 M€, à la section V du budget de la CNSA pour le financement d'un plan d'aide à l'investissement pour cette année. Ces quatre points de CSA sont prélevés de la section I.

De moindres excédents constatés sur la section IV, à l'heure des difficultés financières des acteurs de l'aide à domicile

La section IV du budget de la CNSA vient financer les actions de soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services à destination des personnes âgées et handicapées. Elle est financée à partir d'une part des recettes de contribution sociale généralisée (CSG) (6 % jusqu'en 2010) affectées à la CNSA et d'un prélèvement sur les ressources de la section I. Les taux d'affectation de ces ressources à la section IV étant inchangés, les ressources ont été globalement les mêmes tous les ans, soit près de 80 M€ (67 M€ en 2010 pour la sous-section personnes âgées et 11,9 M€ pour la sous-section personnes handicapées).

L'utilisation de ces crédits passe principalement par la conclusion de conventions entre la CNSA et les conseils généraux, les têtes de réseaux associatifs de l'aide à domicile et les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA). Ce processus conventionnel n'étant pas monté en charge immédiatement, la section IV a longtemps produit des excédents qui sont venus alimenter les réserves de la CNSA. En 2008, la consommation de la section IV a oscillé entre 25 % (sous-section personnes handicapées) et 31 % (sous-section personnes âgées), venant générer un excédent de près de 27 M€. Fin 2008, les réserves de cette section étaient de 88,1 M€. Toutefois, à partir de 2009, la montée en puissance de la politique conventionnelle a commencé à inverser la tendance : toujours excédentaire, la section IV a vu son excédent s'amoindrir (21,8 M€). L'année 2010 confirme cette tendance puisque le solde, avant l'opération exceptionnelle présentée ci-dessous, est de 16,1 M€.

Par ailleurs, les réserves de la section IV ont commencé à être mobilisées pour financer des opérations exceptionnelles : financement du plan Métiers à hauteur de 10 M€ en 2009 ; contribution de 4,3 M€ au financement des maisons départementales des personnes handicapées en 2010.

De même, mais à plus grande échelle, l'exercice 2010 a vu le Parlement décider, dans le cadre de la quatrième loi de finances rectificative de l'année, la mobilisation à titre exceptionnel de 75 M€ prélevés sur les ressources de la section IV, en vue de contribuer pour moitié au financement d'un fonds de soutien aux conseils généraux en difficulté, premiers financeurs du maintien à domicile des personnes âgées *via* l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ces crédits seront distribués en 2011 par la CNSA, pour le compte de l'État, aux départements bénéficiaires identifiés au travers des critères définis par la loi et précisés par un décret.

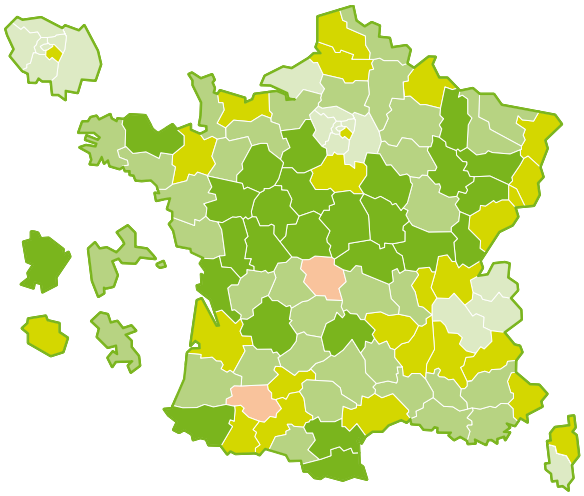
La section IV apporte ainsi un soutien à la restructuration du secteur de l'aide à domicile à un moment où celui-ci traverse une période très difficile, dont l'urgence a été signalée par les membres du Conseil de la CNSA. Les réserves de cette section ont de ce fait fortement diminué en 2010, passant de 138 M€ fin 2009 à 74 M€ à la fin de cette année. La montée en charge de la politique de conventionnement, ainsi que la réduction à

5 % de la part des recettes de CSG qui lui sont affectées (en vue d'augmenter la part de CSG affectée au concours APA), devrait conduire à ne plus les alimenter à partir de 2011.

La stabilité des concours APA et PCH de la CNSA dans un contexte de poursuite de l'augmentation des dépenses

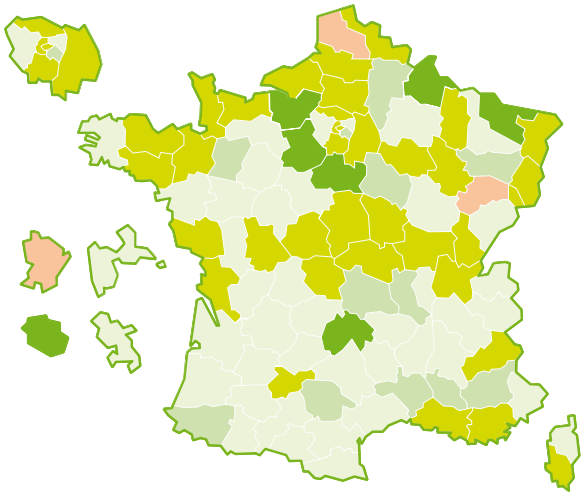
Les sections II et III dédiées au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) sont structurellement exécutées en équilibre, la CNSA reversant sous forme de concours aux conseils généraux la totalité des ressources (CSA et CSG) nettes des autres dépenses qui sont affectées à ces sections. Sa contribution au financement des prestations supportées par les départements est dépendante de la croissance économique qui vient affecter directement les assiettes de ces prélèvements.
Après une année 2009 marquée par une baisse sensible des recettes propres de la CNSA en raison de la crise économique mondiale, les ressources des sections II et III, en 2010, n'ont pas retrouvé leur niveau de 2008. Par ailleurs, en 2010 comme les années précédentes, les dépenses d'APA et surtout de PCH continuant de progresser, la part des dépenses couvertes par la CNSA continue à diminuer.
Pour l'APA, le taux de couverture baissera très légèrement à 29,7 %, la poursuite de l'augmentation des dépenses de 3,0 % n'étant pas compensée par une hausse équivalente des concours. Le nombre de bénéficiaires a, quant à lui, augmenté de 2,8 % en 2010.
Pour la PCH, l'érosion du taux de couverture est beaucoup plus marquée, passant de 60,4 % à 46 %, le concours étant en légère baisse. La prestation poursuivant sa montée en puissance, les dépenses ont augmenté de 28 % en une année pour atteindre 1088 M€ avec toujours de fortes disparités d'un département à l'autre. On constate toujours un maintien à des niveaux encore élevés des dépenses d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui ne diminuent que de 12 % en 2010. L'enquête conduite au cours de l'année 2010 avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'ACTP et la PCH sera exploitée en 2011, pour apporter des pistes de réponse sur cette question d'une substitution très partielle de la nouvelle prestation à l'ancienne.

Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux pour l'APA en 2010



- Supérieur à 40 %
- De 35 à 40 %
- De 30 à 35 %
- De 25 à 30 %
- Inférieur à 25 %

Taux de couverture des concours de la CNSA aux conseils généraux pour la PCH en 2010



- Supérieur à 100 %
- De 75 à 100 %
- De 60 à 75 %
- De 45 à 60 %
- Inférieur à 45 %

Source : concours prévisionnel 2010 et dépenses DGFIP 2010.

PARTIE 04

ACTIVITÉ

CHAPITRE 1 **SANTÉ ET AIDE À L'AUTONOMIE**
Contribuer à une meilleure articulation des prises en charge 50

CHAPITRE 2 **LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX**
Accompagner la mise en place des agences régionales de santé 56

CHAPITRE 3 **MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES**
Poursuivre l'amélioration des pratiques d'accueil, information et évaluation 68

CHAPITRE 4 **AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES**
Améliorer les solutions de compensation 78

CHAPITRE 5 **ÉTUDES, RECHERCHE, INNOVATION**
Développer et diffuser la connaissance 86

CHAPITRE 6 **LE FONCTIONNEMENT DE LA CNSA**
Structuration et rationalisation 94

CHAPITRE 1

SANTÉ ET AIDE À L'AUTONOMIE

Contribuer à une meilleure articulation des prises en charge

La politique de santé publique a connu, en 2010, un tournant important avec la loi du 21 juillet 2009 « hôpital patients santé et territoires » (HPST). La réforme administrative qu'elle porte, reposant en particulier sur la création des agences régionales de santé (ARS), a pour objectif de gérer de façon moins cloisonnée les différentes dimensions de la santé, non seulement les soins hospitaliers mais également la prévention, les soins de ville, la veille sanitaire ou l'accompagnement médico-social.

Conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé, l'autonomie – que l'accompagnement médico-social cherche à favoriser – et la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie sont pleinement intégrées au champ de la santé. L'enjeu de ce nouveau mode de pilotage et de gestion est l'articulation des prises en charge, la fluidité des parcours et la capacité de réallouer les ressources au niveau régional, entre les différentes composantes de la politique de santé, de manière à répondre aux spécificités territoriales et aux évolutions.

Cela se traduit par la mise en place d'un pilotage régional du secteur médico-social très articulé avec les autres champs de la santé, ainsi que l'insertion de volets relatifs à l'accompagnement des personnes dans les différents plans de santé publique relatifs à des pathologies pouvant entraîner des limitations d'activité.

La conception et la mise en œuvre des instruments de pilotage du champ médico-social par les ARS

La CNSA, qui a la responsabilité de la mise en œuvre des politiques d'aide à l'autonomie au plan national, est ainsi fortement associée à la définition des outils de pilotage à destination des agences régionales de santé. Elle est membre du Conseil national de pilotage (CNP), animé par la secrétaire générale des ministères sociaux. Comme l'ensemble des directions et organismes participant au CNP, elle lui soumet toutes ses instructions aux ARS. Participant aux débats relatifs aux autres politiques de santé qui se déroulent dans cette enceinte, elle est en capacité de signaler leur impact éventuel sur les politiques qu'elle gère.
À ce titre, elle a contribué à l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre chaque directeur d'ARS et le CNP. Ceux-ci contiennent des indicateurs sur les différentes politiques, dont six concernent le secteur médico-social *(cf. encadré page suivante)*. Après la phase d'élaboration de la maquette des CPOM et la sélection des objectifs et indicateurs, la CNSA a participé, sous l'égide de la secrétaire générale, aux dialogues de gestion avec chaque ARS de manière à fixer les cibles à atteindre en 2013 pour chaque indicateur. Ils se sont tenus au dernier trimestre 2010, sur la base de documents fournis en juin.

La Caisse a également été associée aux travaux relatifs à la communication des ARS, coordonnés par le secrétariat général et associant les services de communication de l'État et des différents organismes. Il lui est revenu d'élaborer les outils méthodologiques à destination des ARS sur la gestion du secteur médico-social, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le secrétariat général.
Ces travaux ont été présentés et discutés lors de quatre ateliers de deux jours avec les équipes des ARS en charge du domaine. Deux projets prioritaires ont été conduits en 2010 :

✳ Un schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) intégré au projet régional de santé (PRS)

La loi HPST a renforcé la logique de planification et de programmation des moyens. Chaque région est ainsi tenue d'élaborer son projet régional de santé qui doit, notamment, tenir compte des orientations nationales de la politique de santé ainsi que des plans et programmes nationaux existant dans le domaine. Ce PRS intègre trois schémas en matière d'organisation de la prévention, des soins et dans le champ médico-social. Ils donnent lieu à des programmes qui déclinent les orientations et objectifs de santé en moyens. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), prévu par la loi de 2005 et dont la CNSA avait contribué à définir la méthodologie, est l'un d'eux, pour le champ médico-social. Il a vocation à évoluer dans ses objectifs et son périmètre après l'adoption du SROMS. En phase transitoire, son actualisation a été maintenue.

Chaque ARS ayant à élaborer son programme régional de santé en 2010-2011 pour les cinq ans à venir, il était nécessaire de construire les objectifs attendus et le contenu d'un premier schéma régional d'organisation médico-sociale, en étant attentif à ses liens et cohérence avec les schémas départementaux et en intégrant les enjeux d'adaptation et d'efficience de l'offre de services. Dans ce contexte de changement, un appui méthodologique a été conçu de manière à ce que, en particulier, les exercices régionaux atteignent une certaine homogénéité sur le territoire national permettant, de la sorte, des comparaisons et des consolidations.

La CNSA a ainsi largement été mobilisée pour élaborer avec la DGCS et le secrétariat général le guide méthodologique d'élaboration des SROMS, dont une version 1 a été validée en CNP le 5 novembre 2010. Ce guide propose une démarche d'élaboration du schéma, comprenant l'ensemble des questionnements qui doivent être posés, avec les différents acteurs à associer, au premier rang desquels les conseils généraux, responsables de l'élaboration des schémas départementaux.

Six indicateurs pour suivre l'action des ARS en matière médico-sociale

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre chaque directeur d'ARS et le comité national de pilotage contient trente et un indicateurs. Six concernent le champ médico-social.

N	Indicateur	Valeur initiale		Cible 2013	Orientation nationale
4.5	Écarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)	PA	16,5 %		Pas de cible nationale chiffrée
		PH	57,6 %		
5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe	PA	0 %	100 %	Cible 2015
		PH	0 %	100 %	Cible 2015
6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public	PA	34 %	75 %	
		PH	51 %	75 %	
6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale	PA	16,3 %		Pas de cible chiffrée
		PH	23 %		
9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional	PASA		784	Plan Alzheimer 2012
		UHR		353	
9.2	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement		+ 26,1 %	+ 73 %	En augmentation cumulée par rapport à l'existant 2007

Le guide part du diagnostic des besoins et des ressources sur le territoire pour définir les différentes actions à conduire, intégrant l'optimisation, la coordination des organisations et leur efficience, les objectifs priorisés de développement et des actions portant sur les leviers tels que les ressources humaines ou l'investissement. Ses trois axes d'entrée majeurs en termes méthodologiques sont : l'accès premier au droit commun des politiques publiques (école, transport, logement…) complété des outils de compensation et de subsidiarité ; l'analyse à partir des parcours de vie des personnes en situation de perte d'autonomie et ses conséquences sur les organisations ; enfin, la construction d'un diagnostic partagé à partir d'une approche multidimensionnelle.

Ainsi positionnée dans ce chantier aux enjeux majeurs, dans un exercice de première génération de planification médico-sociale régionale, la CNSA a notamment veillé à ce que soient présentes les différentes relations transversales à établir entre les politiques portant sur le développement et l'évolution de l'offre médico-sociale, les politiques sociales, et les politiques de soins.

Pour l'exercice 2011, l'action de la CNSA sera déclinée comme suit :

- production d'une nouvelle version du guide méthodologique, intégrant notamment les retours de concertation avec le secteur ;
- travaux relatifs à l'opérationnalisation du SROMS, dans une optique de consolidation nationale, tenant compte du futur format des PRIAC recentrés sur la programmation.

L'appui au déploiement de la procédure d'appel à projets

La loi du 21 juillet 2009 a instauré un nouveau dispositif d'autorisation des établissements et services médico-sociaux par appel à projets qui inverse le processus d'autorisation. Désormais, les projets de création, transformation ou extension s'inscriront en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des ARS, présidents de conseils généraux) sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires. Ce dispositif a pour objet de répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins et attentes des usagers, tout en soutenant l'innovation et l'expérimentation.

Pour définir les règles de ce nouveau dispositif, la CNSA s'était vu confier dès mars 2009 la conduite d'un projet pilote, dans trois régions (Centre, Bourgogne et Pays de la Loire). Ce projet a été suivi d'une concertation approfondie menée par la DGCS avec les représentants du secteur social et médico-social. Le décret relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation a été publié le 26 juillet 2010.
Afin d'accompagner le déploiement de cette nouvelle procédure sur le terrain, la CNSA et la DGCS ont élaboré un guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure généralisée d'appel à projets et l'élaboration du cahier des charges, qui vient compléter le kit de communication, présenté le 3 septembre 2010. Des formations ont été organisées dans le cadre d'un

plan de formation mené avec le concours de l'École de hautes études en santé publique (EHESP), dont plus de six cents personnes avaient déjà bénéficié en septembre 2010. La nouvelle réglementation sera également intégrée aux contenus des formations initiales et continues dispensées notamment par l'EHESP et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).
Le plan d'action pour le déploiement de la démarche d'appel à projets se poursuit en 2011.

Une contribution renforcée dans les plans de santé publique

Traduction concrète de l'intégration de la question de l'autonomie dans le champ de la santé, les dimensions relatives à la qualité de vie des personnes et de leur participation à la vie sociale constituent une part toujours plus importante des plans de santé publique.
La CNSA est de ce fait appelée à participer tant à leur élaboration qu'à la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures, pour lesquelles elle est désignée comme pilote. Elle est impliquée dans sept plans de santé publique.

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 s'est donné comme un objectif phare d'offrir la possibilité à chacun de choisir son lieu de fin de vie, à domicile ou en institution.

La CNSA est pilote ou co-pilote de trois mesures :
- la présence d'infirmiers de nuit en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a d'abord fait l'objet d'une étude financée par la CNSA sur les pratiques de soins palliatifs des EHPAD, pour estimer les bénéfices de l'intégration d'un infirmier de nuit et du développement d'une culture palliative et d'accompagnement de fin de vie dans les EHPAD. Elle a été suivie par la mise en place d'une expérimentation d'astreinte de nuit d'infirmier, démarrée en novembre, et dont les résultats pourront être exploités en 2011 ;
- la mise en œuvre des actions de formation pour les personnels intervenant dans les structures médico-sociales et les services de soins infirmiers à domicile a été intégrée à la convention signée avec la Société française de gériatrie et gérontologie en juillet 2010 sur le programme MOBIQUAL *(cf. page 66)*, qui prévoit des modules de formation sur les soins palliatifs ;
- la formation des aidants passera par le soutien de la CNSA au déploiement d'une formation dont le format doit être défini début 2011 par l'Union nationale des réseaux de soins palliatifs et qui sera d'abord testée dans un format expérimental.

Le plan Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 cherche à assurer le lien avec les dispositifs de compensation du handicap, qui ont vocation à apporter une réponse lorsque la maladie chronique est à l'origine de limitations d'activité et de restriction de participation à la vie sociale.

Le plan Cancer II (2009-2013), présenté le 2 novembre 2009, et **le plan national IST-VIH 2010-2013,** annoncé en novembre 2010, portent le même enjeu d'accès des personnes aux prestations et dispositifs de compensation du handicap.
Pour l'un et l'autre, des actions spécifiques sont confiées à la CNSA : concernant le plan Cancer, des expérimentations sont conduites dans plusieurs maisons départementales des personnes handicapées pour travailler sur le lien avec les services hospitaliers. Afin de favoriser l'accès des personnes touchées par le VIH aux prestations décidées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la CNSA a soutenu financièrement le projet de l'association AIDES visant à aider à la constitution d'un dossier de demande auprès des MDPH grâce à un guide – *Comprendre et bien remplir le certificat médical de la MDPH* – diffusé fin octobre 2010. Il recense, pour chaque rubrique du certificat médical, les spécificités du VIH et des hépatites importantes à faire valoir auprès du médecin au moment du remplissage de ce certificat, joint à la demande formulée à la MDPH.

Une action commune à ces trois plans a été la formation des professionnels des MDPH au guide barème afin de leur permettre de bien reconnaître les limitations liées à chacune de ces situations de maladie chronique. En 2010, ce sont ainsi neuf sessions qui ont été consacrées à vingt-neuf MDPH, pour un total de cent soixante-dix-huit participants, complétant le cycle démarré en 2008. Un prolongement de cette action sera assuré en 2011 avec le référencement de formations plus pérennes sur le guide barème pour, au premier chef, les membres des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 est entré en 2010 en phase de maturation d'un certain nombre de mesures médico-sociales que les deux précédentes années avaient permis de construire.
- Sur la diversification et le développement du répit, portés par la CNSA, l'amélioration du suivi des créations de places en accueil de jour et hébergement temporaire a permis d'aboutir à la constitution d'une carte des

Marie-Sophie Desaulle,
directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire

Extrait de l'interview parue dans la *Lettre de la CNSA* d'octobre 2010.

Vous avez contribué à la préfiguration de la mise en place des agences régionales de santé. Quel sens donnez-vous à la régionalisation du médico-social et comment l'interprétez-vous à l'échelle de votre région ?
Le sens initial de la démarche, ce qui a préfiguré la création des ARS, c'était de créer une réflexion décloisonnée et transversale entre les soins, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, la prévention et l'accompagnement médico-social. Car c'est ainsi qu'il faut envisager, bien au-delà du projet de soins, le parcours et le projet de vie de la personne handicapée quel que soit son âge. La régionalisation, c'est une logique d'aménagement du territoire avec un meilleur niveau de réflexion stratégique ; c'est l'opportunité, pour le secteur médico-social (opérateurs, usagers, associations), de faciliter ces parcours. Prenons l'exemple du handicap rare où l'approche départementale ne peut suffire. C'est aussi le développement de coopérations entre les acteurs qui ne reposent pas seulement sur la proximité géographique mais sur les logiques de prise en charge et d'accompagnement. Cette fois, je pense au handicap psychique, pour lequel les structures veulent pouvoir coopérer. Enfin, la logique régionale, avec un pilote unique, vise à accélérer la réduction des inégalités territoriales au sein de la région. Les Pays de la Loire sont plutôt bien équipés, mais il va nous falloir aplanir les disparités entre le Maine et Loire, qui constitue notre extrême positif, et la Vendée ou la Loire Atlantique, qui sont en sous-équipement.

structures disponibles, diffusée en février 2011 sur le site du plan Alzheimer. L'enquête sur l'activité de ces structures, testée en 2009, a été lancée auprès de la totalité des établissements concernés, en remplacement du rapport d'activité. Les plates-formes de répit et les solutions innovantes de répit ont été expérimentées sur des financements de la CNSA à la suite de deux appels à projets. L'année 2011 doit être celle du bilan de ces expérimentations et de leur déploiement.

- La formation des aidants familiaux a été mise en œuvre dans le cadre d'un partenariat avec France Alzheimer *(cf. page 80)*.
- L'expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), accompagnée par une équipe projet nationale basée à la CNSA, a été conduite à son terme et a induit la décision d'une généralisation dès 2011. Une étude portant sur les outils d'évaluation utilisés par les gestionnaires de cas a été menée par la Fondation nationale de gérontologie, grâce à un financement de la CNSA, et de la Fondation de coopération scientifique Alzheimer.
- La CNSA a apporté son soutien à une étude du Centre de référence malades jeunes Alzheimer sur l'hébergement des malades jeunes, qui donnera lieu à une restitution en mai 2011.
- Les crédits destinés au fonctionnement des nouvelles unités spécifiques en EHPAD – pôles d'accompagnement et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcé – ont été délégués aux ARS pour que puissent être labellisées les premières unités ; le plan d'aide à l'investissement 2010 a, quant à lui, réservé une part importante au soutien à la création de ces unités *(cf. page 63)* ;
- Des avenants ont été signés avec trois organismes paritaires collecteurs agréés pour financer la formation des assistants de soins en gérontologie *(cf. page 65)*.

Enfin, en matière de recherche, la CNSA, membre de la Fondation de coopération scientifique Alzheimer, a participé aux travaux relatifs à la gestion de cas (séminaire en mars et colloque de restitution à l'automne) ainsi qu'à la définition des appels à projets dans le champ des sciences humaines et sociales.

Le plan Autisme 2008-2010, lancé le 28 mai 2008, précise les objectifs de création de places à destination des personnes autistes du plan pluriannuel de création de places pour personnes handicapées. La CNSA a contribué également aux travaux conduits par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) :

- la publication, en 2010, de l'état des connaissances sur l'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED), point de départ nécessaire pour élaborer des recommandations ;

- la mise en œuvre de la formation de formateurs portant sur la déclinaison du corpus commun de connaissances autisme et TED ;
- l'élaboration de recommandations de bonne pratique « Autisme et autres troubles envahissants du développement : programmes et interventions chez l'enfant et l'adolescent », travaux copilotés par la HAS et l'ANESM ;
- le diagnostic et l'évaluation de l'autisme et des TED chez l'adulte, travaux engagés en 2010 par la HAS ;
- la CNSA a contribué en 2010 aux travaux d'élaboration de la circulaire interministérielle portant sur l'animation régionale du plan Autisme avec un zoom spécifique sur les missions et rôles des centres de ressources autisme ;
- les travaux de définition d'un cahier des charges, en vue du référencement de formations destinées aux équipes pluridisciplinaires des MDPH, ont pu démarrer en 2010 après la publication de l'état des connaissances ;
- l'appui aux aidants familiaux s'est également engagé fin 2010 ;
- la CNSA a coanimé dans trois régions française avec la Direction générale de la santé, le comité de pilotage de l'étude portée par l'Association nationale des centres de ressources autisme sur les modalités d'accompagnement des personnes avec TED (rapport final prévu fin février 2011) ;
- la CNSA a participé aux travaux d'élaboration de la grille d'évaluation des structures expérimentales réalisée avec le concours de l'ANESM et de la HAS.

Le plan d'action national Accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014 est le dernier-né. Présenté en avril 2010, il consacre deux actions particulières à l'articulation avec les dispositifs relatifs au handicap portés par la CNSA :
- diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap ;
- former les aidants familiaux sur l'AVC et l'accompagnement du handicap.

Le plan Maladies rares, annoncé début 2011, a été construit, toute l'année 2010, avec la participation de la CNSA, qui a veillé à son articulation avec le schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013.

ANESM et ANAP : des partenaires au service de la qualité de l'accompagnement

Première agence de référence du champ médico-social à sa création en 2004, la CNSA a été rejointe par deux agences au service du développement de la qualité et de l'efficience, aux actions desquelles elle participe.

L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) a été créée en 2007. La CNSA est membre fondateur de ce groupement d'intérêt public auquel elle apporte, avec 2 M€ en 2010, la moitié du budget. La CNSA contribue à l'élaboration du programme de travail de l'ANESM, qui a pour objet de produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à destination des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En lien avec des priorités que la CNSA identifie à travers son suivi du développement de l'offre médico-sociale, le programme de travail 2010 a intégré des travaux sur la socialisation et la scolarisation des enfants handicapés en services d'éducation spéciale et de soins à domicile, la qualité de vie en EHPAD, l'accompagnement des personnes autistes et, dans le cadre du plan Alzheimer, sur la définition d'un cahier des charges pour donner à toutes les structures de répit une dimension thérapeutique.

L'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) a été créée par la loi HPST. Également constituée en groupement d'intérêt public, elle accueille la CNSA parmi ses membres fondateurs. La Caisse apporte 1 M€ à son financement en 2010. Née du regroupement de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, de la Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers et du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, cette agence, issue du secteur sanitaire, voit son domaine d'action étendu au secteur médico-social, dans le cadre du mouvement porté par la loi du 21 juillet 2009. Deux chantiers relatifs au champ médico-social ont été ouverts en 2010 : la définition d'indicateurs de gestion des établissements et services médico-sociaux, et la trajectoire de prise en charge des personnes âgées sur un territoire, en vue d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques.

CHAPITRE 2

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Accompagner la mise en place des agences régionales de santé

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) apportent à plus d'un million de personnes âgées et handicapées une aide à l'autonomie et, dans un certain nombre de cas, une réponse à leurs besoins de soins. La CNSA assure la gestion des financements de l'assurance maladie dédiés à leur fonctionnement (l'ONDAM médico-social), qu'elle abonde de crédits supplémentaires issus de ses ressources propres, le total constituant l'Objectif global de dépenses (OGD). En 2010, sa responsabilité a ainsi porté sur la mise en œuvre d'un OGD de 16,3 Md€. Sa mission est d'assurer une répartition équitable de ces crédits sur le territoire national dans un souci de développement des capacités d'accueil, d'adaptation en nombre et en qualité des réponses aux besoins exprimés localement, et d'utilisation rigoureuse et optimale des moyens votés par le Parlement et inscrits à son budget.

Accompagner la modification des règles de l'allocation des ressources

Une campagne budgétaire 2010 sous le signe de changements multiples

Cinquième campagne conduite par la CNSA depuis sa création, la campagne budgétaire 2010 de répartition des crédits de l'objectif global des dépenses (OGD) entre les régions a été conduite dans un contexte de changements importants.
Il s'agit tout d'abord de la première campagne conduite par les agences régionales de santé (ARS), officiellement installées le 1er avril 2010. Outre les difficultés inhérentes à la mise en place de nouveaux organigrammes et souvent de nouvelles équipes, dans un champ de compétence jusque-là fortement départementalisé, cette caractéristique a également entraîné une modification importante pour la CNSA. Désormais, c'est au niveau régional qu'elle répartit les enveloppes de crédits médico-sociaux, charge aux ARS d'assurer la répartition interdépartementale en application de leur programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et dans un objectif de résorption des inégalités territoriales.

La répartition des crédits s'est faite en 2010 selon des critères légèrement rénovés. Compétent pour en arrêter les critères, le Conseil de la CNSA a délibéré sur leur évolution lors de sa séance du 30 mars 2010 après débat du Conseil scientifique le 17 mars et validation des orientations générales par le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS. Les critères utilisés depuis 2006 et revus en 2008 ont été réexaminés sur plusieurs aspects. Dans l'attente de travaux scientifiques sur le contenu à donner à l'égalité de ressources entre territoires, le critère de la population générale a été conservé ; le critère du taux d'équipement a été supprimé pour le secteur personnes âgées tout comme celui des places en attente de financement pour le secteur du handicap, dans un contexte de passage à un régime d'autorisation par appel à projets, remplacé par la dépense d'assurance maladie par habitant. Les autres critères ont été affinés. Enfin, compte tenu du vieillissement et de l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées, qui pèsent sur les besoins quantitatifs dans la plupart des territoires, l'option de continuer à créer des places dans toutes les régions et, par conséquent, le principe du « serpent » qui encadre un pourcentage maximum et minimum d'évolution, sont conservés.
Budgétairement, à la suite des préconisations de la mission conjointe Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances, qui a conduit à reparamétrer les contours de l'OGD, l'exercice 2010 a constitué une année de transition vers un dispositif en « autorisations d'engagement/crédits de paiement ». Pour ces raisons, la campagne 2010 n'a pu être lancée qu'après un exercice de révision des bases régionales, suggéré par la mission des inspections générales. Ce travail consistant à ne maintenir, dans les bases, que les crédits nécessaires à une utilisation dans l'année pour satisfaire les engagements pris, a été conduit fin 2009. Il a toutefois donné lieu, tout au long de l'année, à de nombreux échanges techniques entre la CNSA et les services déconcentrés, puis avec les ARS : après communication des résultats à mi-décembre, de nombreux ajustements ont en effet dû être effectués en raison d'erreurs émaillant les remontées de l'enquête initiale de l'été 2009.

L'importance de ce travail, ainsi que l'attente du décret venant modifier le mode de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (finalement reporté), expliquent que la campagne n'a pu être lancée au 15 février, date qui avait été scrupuleusement respectée depuis 2006. Elle a été lancée en vagues successives – le 4 mai pour le champ des personnes handicapées et le 14 juin pour l'enveloppe de crédits à destination des établissements et services pour personnes âgées – ce qui a retardé d'autant la campagne 2010 de tarification des ESMS, qui s'est poursuivie dans de nombreuses régions jusqu'aux derniers mois de l'année.

Si la quasi-totalité des enveloppes de mesures nouvelles pour créations de places a été notifiée aux ARS en début de campagne, cela n'a pas été le cas des enveloppes destinées à financer la médicalisation des EHPAD. Celles-ci sont notifiées définitivement en fin d'exercice en s'appuyant sur la connaissance précise des sommes effectivement nécessaires pour couvrir les effets financiers des conventions ou avenants signés en 2010. Les ARS ont été informées en début de campagne

> *« Deux éléments marquants en 2010 : notre contribution à l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale dans le projet régional de santé et l'installation du nouveau pilotage budgétaire régional avec la mise en place des agences régionales de santé. »*
>
> **Evelyne Sylvain,** Directrice des établissements et services médico-sociaux

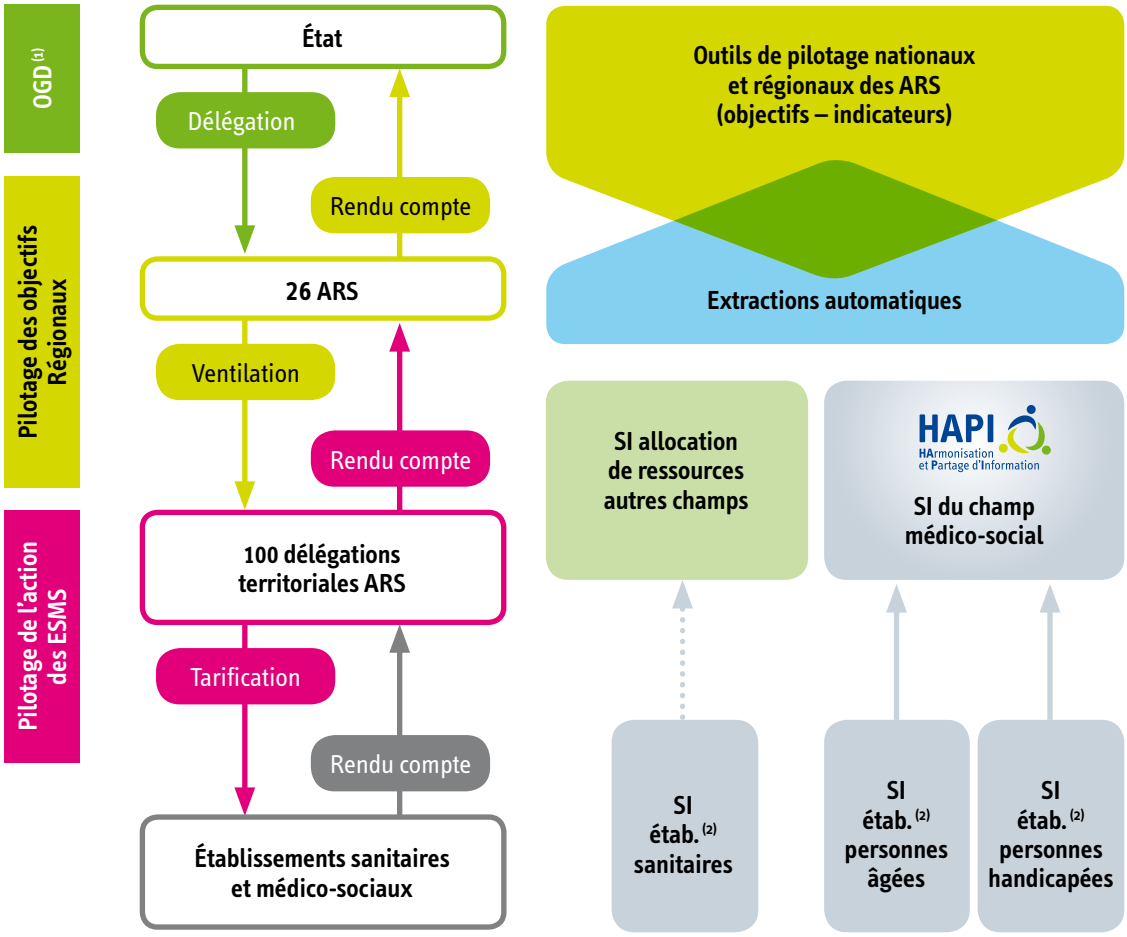
de leur droit de tirage limitatif, qui s'élevait à 52,3 M€. Cette enveloppe a finalement été abondée au mois de septembre de 30 M€ puis, pour répondre à la situation de douze régions dont les crédits déjà notifiés ne permettaient pas d'honorer les engagements pris dans le cadre du conventionnement tripartite des EHPAD, d'une délégation de fin d'année de 47,8 M€ destinés à apurer l'insuffisance de financement constatée dans les remontées des ARS relatives à leurs engagements de tarification.

La construction du pilotage budgétaire régional

Le passage à une gestion des crédits de l'OGD en autorisation d'engagement et crédits de paiement induit une gestion beaucoup plus précise, les ARS disposant de marges de manœuvre financières moins importantes que dans le dispositif antérieur. Le fait de notifier des dotations régionales limitatives correspondant au seul périmètre des ESMS en fonctionnement ou devant s'ouvrir dans l'année renforce l'exigence d'un suivi fin de la campagne budgétaire des ARS. Par conséquent, comme en 2009, la CNSA a demandé aux ARS de transmettre les informations utiles sur le contenu de leur tarification 2010 (installation de nouveaux ESMS, tarification des ESMS existants, prévisions d'installation 2011) de manière à établir la prévision d'exécution de l'OGD 2010 et à consolider les bases budgétaires régionales pour 2011.

Ces enquêtes préfigurent le système d'information partagé qui doit être mis en place entre la CNSA et les ARS, comme corollaire du changement de modalités de

Concevoir un système d'information (SI) au service du pilotage des ARS



(1) Objectif global de dépenses.
(2) établissements.

gestion, pour répondre pleinement aux préconisations de la mission des inspections générales sur la nécessité d'un suivi au niveau le plus fin des campagnes tarifaires par l'échelon national.

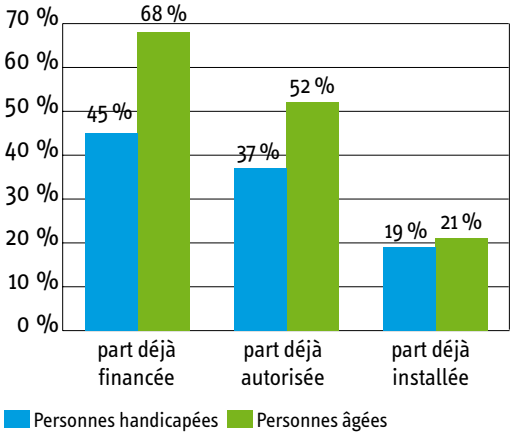
En vue de la mise en place d'un tel système d'information, la CNSA a lancé les premiers travaux dès le début 2010 afin d'analyser l'état de l'existant et ainsi établir une définition des besoins auxquels devrait répondre le futur applicatif. Entamé avec les DDASS et DRASS, ce travail s'est poursuivi avec les ARS : il a permis de mettre en lumière le besoin d'harmonisation des pratiques métiers et d'homogénéisation des outils de tarification utilisés par les ARS. Ce projet, baptisé « HAPI » – HArmonisation et Partage d'Information –, doit être prêt pour accompagner la campagne tarifaire 2012. L'objectif est à la fois d'harmoniser les modalités d'allocation de ressources (suivi d'enveloppe, calcul des tarifs…) et de permettre un suivi en temps réel de cette allocation au niveau de chaque établissement ou service médico-social, afin de connaître avec précision le niveau de consommation de l'OGD.

L'année 2010 a donc vu la définition des différents volets et des grandes étapes du projet. La CNSA a également élaboré et lancé les cinq appels d'offres pour le recrutement des prestataires nécessaires dès le début de l'année, le développement de l'application devant être achevé pour l'été 2011, afin de laisser le temps de réaliser des tests pour son déploiement avant la campagne 2012.

Suivre la mise en œuvre des plans nationaux et approfondir les travaux de connaissance à l'appui d'une meilleure programmation

La CNSA a la mission d'éclairer à cinq ans, au niveau national, les besoins d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et pour guider l'élaboration des plans nationaux. Au plan régional, elle doit appuyer la démarche de programmation des ARS sur la base de laquelle sera piloté le développement de l'offre médico-sociale. Depuis 2006, la CNSA appuie également l'élaboration des PRIAC, qui contribuent désormais au projet régional de santé *(cf. page 51)*.
En intervenant à la fois sur la programmation des besoins et le suivi de la mise en œuvre, la CNSA peut identifier les freins et facteurs de réussite au déploiement des différentes catégories d'offre et proposer des réponses.

Atteinte au 31 décembre 2009 des objectifs de places nouvelles prévues par les plans et programmes



Le bilan à mi-parcours des plans nationaux

Les crédits notifiés tous les ans par la CNSA pour financer des places nouvelles de créations de places dans les établissements et services médico-sociaux mettent en œuvre les deux plans nationaux que sont le plan pluriannuel pour les personnes handicapées 2008-2012 (dont le financement est étalé jusqu'en 2014 en application du dispositif de financement par enveloppe anticipée) et, dans le champ des personnes âgées, le plan de Solidarité grand âge 2007-2012 (PSGA), complété par le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Bilan intermédiaire des plans

	Places programmées Plan PH 2008-2014 PSGA 2007-2012	Places financées 2008-2012	Places autorisées au 31/12/09	Places installées au 31/12/09
Enfants	12 250	6 554	5 322	3 545
Adultes	29 200	12 304	9 918	4 168
Total personnes handicapées*	41 450	18 858	15 240	7 713
Personnes âgées	93 000	63 045	48 583	19 261

**hors ESAT financés sur crédits d'État.*

En 2010, la CNSA a procédé à des bilans à mi-parcours de ces plans. Cet exercice d'information à destination du Conseil et de l'État a également vocation à éclairer sur les éventuelles difficultés de manière à prendre les décisions qui s'imposent pour parvenir aux objectifs fixés.

◗ **Le programme pluriannuel de créations de places pour les personnes handicapées « accompagner tout au long de la vie 2008-2012 » :** fin 2009, soit à la fin de la deuxième année d'exécution, près de 19 000 places ont été notifiées par la CNSA (sur 41 450 prévues sur la durée du plan) ; ces places correspondent à un engagement financier de 630 M€. Ce sont 50,3 % des crédits et 45,5 % des places qui ont ainsi été délégués (hors établissements et services d'aide par le travail, qui ne relèvent pas du périmètre de compétence de la CNSA). Le déficit de places de 4 % par rapport au financement s'explique par la création d'établissements, plus onéreux, au détriment des services. Le suivi de la mise en œuvre sur le terrain met en évidence de plus grandes difficultés dans le développement des services et des équipements pour adultes par rapport aux enfants, même si un rééquilibrage commence à s'observer. Les délais d'installation sont encore trop longs (à titre d'exemple, 30 % des places notifiées pour le secteur adultes étaient installées à fin 2009). Au sein du programme, les objectifs spécifiques à destination des personnes handicapées psychiques, autistes ou polyhandicapées se déroulent conformément aux prévisions, avec toutefois un léger retard pour les établissements pour enfants polyhandicapés, dont les coûts réels sont supérieurs aux coûts de référence. Le bilan de ce plan a permis de faire de la réduction des délais d'installation la priorité pour les années à venir. Il a donné lieu à une publication de la CNSA.

◗ **Le PSGA :** 610 M€ de crédits de l'OGD ont été notifiés par la CNSA, permettant le financement de 63 045 places nouvelles sur les 93 000 prévues sur la durée du plan, soit 68 %. 48 583 places ont fait l'objet d'une autorisation administrative et 19 261 sont ouvertes, parmi lesquelles 10 798 places de services de soins infirmiers à domicile, 1 490 places en accueil de jour et 666 places en hébergement temporaire. Dans cette première phase du plan, l'affectation des places a été orientée majoritairement vers la création d'EHPAD pour tenir compte des délais d'installation liés à la construction d'établissements (entre trois et cinq ans). Il a ainsi été identifié, à travers ce bilan, la nécessité de privilégier dans les années à venir le développement de services de soins infirmiers à domicile et, en lien avec le plan Alzheimer, des structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire, plates-formes de répit).

◗ **Les premiers travaux de mise en œuvre du schéma national pour les handicaps rares 2009-2013**

Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013, dont la loi du 11 février 2005 a confié la préparation à la CNSA, a été adopté par les ministres le 23 octobre 2009.

Valorisé à 35 M€ sur cinq ans, il est articulé autour de deux axes principaux :

◗ augmenter quantitativement et qualitativement les compétences et les ressources collectives sur les handicaps rares ;

◗ structurer territorialement les expertises et les accompagnements médico-sociaux.

Cinq domaines d'action opérationnels peuvent être identifiés pour la mise en œuvre du schéma, pilotée par la CNSA sous l'impulsion d'un comité de suivi national animé par la DGCS :

◗ la recherche et l'amélioration de la connaissance des besoins des personnes en situation de handicaps rares ;

◗ la structuration territoriale et le développement cohérent de l'offre médico-sociale à projet spécifique ;

◗ la consolidation, le développement des missions et la coopération des centres de ressources existant aujourd'hui sur des combinaisons de handicap sensoriel ;

- l'organisation de la formation des professionnels experts et non experts des problématiques de rareté ;
- l'amélioration de l'information et de la communication autour des handicaps rares.

À partir de 2009 et tout au long de l'année 2010, la CNSA a privilégié le lancement de plusieurs chantiers structurants.

- **La consolidation de l'organisation des centres de ressources nationaux handicaps rares existants, sur les handicaps sensoriels.** Les trois centres de ressources nationaux créés en 1998 sur les combinaisons de handicaps sensoriels sont sortis du régime expérimental par arrêté d'autorisation (de droit commun) du 13 juillet 2010, après avoir déposé un dossier prenant en compte les hypothèses de référentiels de missions posées par l'ANESM dans un rapport d'évaluation externe réalisé en 2008-2009 : consolidation des missions à caractère individuel (repérage, diagnostic fonctionnel, élaboration des stratégies de prise en charge adaptées) et renforcement ou déploiement des missions à caractère collectif (information, formation, capitalisation des savoirs, approfondissement de la recherche). Par ailleurs, pour une organisation cohérente des ressources nationales, les associations gestionnaires des centres de ressources nationaux se sont constituées, après une année de travaux préparatoires, en groupement de coopération sociale et médico-sociale handicaps rares en octobre 2010. La poursuite des travaux devrait conduire les centres de ressources à élaborer un plan d'action opérationnel pour la mise en œuvre des objectifs du schéma courant 2011.
- **L'amélioration de la connaissance des besoins des personnes :** plusieurs actions, dont certaines impulsées par le partenariat DREES-CNSA en matière de recherche et par le Conseil d'orientation scientifique pour les handicaps rares, ont été engagées dès fin 2009 et poursuivies en 2010. Deux actions du partenariat avec Orphanet, décliné dans une convention signée entre l'INSERM et la CNSA pour trois ans, ont été engagées en 2010 (indexation des maladies rares avec les termes de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et enrichissement de la nomenclature CIF pour permettre le codage des handicaps rares ; enrichissement de la description des maladies rares de l'*Encyclopédie Orphanet* grand public d'informations concernant les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation à la vie en société entraînées par ces maladies). Un autre partenariat a également été établi pour la réalisation, par l'INSERM, d'une expertise collective dont l'objectif est l'élaboration d'un bilan des connaissances sur les handicaps rares. Il s'agit de rassembler les données scientifiques mais également le point de vue et l'expérience des acteurs impliqués, à propos des définitions, représentations, évaluations et prises en charge des handicaps rares. Un texte d'appel à projets de recherche a également été travaillé en 2010, pour être lancé en juin 2011.
- **Le dernier chantier concerne la structuration nationale des ressources :** des travaux de réflexion sur les éléments nécessaires à la définition de scénarios d'organisation nationale pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap rare avec épilepsie sévère ont débuté fin 2010 pour aboutir à un rapport de consensus en juin 2011.

Par ailleurs, afin de valider les hypothèses relatives à la structuration territoriale pour la mise en place d'équipes relais (soutien intermédiaire à l'action des équipes nationales) et à la définition des modalités de

développement d'une offre spécialisée handicaps rares, il a été jugé nécessaire de procéder à un diagnostic des ressources existantes par interrégion. Le diagnostic dans l'interrégion Grand Est (Alsace, Bourgogne, Champagne Ardenne, Franche Comté, Lorraine) a commencé fin 2010 et a vocation à être déployé aux autres interrégions en 2011.

Des travaux thématiques pour améliorer l'adéquation aux besoins

Le développement de certains services se heurte parfois à des difficultés que des travaux thématiques permettent d'éclairer afin que des réponses concrètes y soient apportées par les acteurs locaux, que ce soit par une programmation plus fine ou un accompagnement plus adapté. La CNSA conduit chaque année deux ou trois chantiers d'approfondissement spécifiques, dans le cadre d'ateliers pratiques qui cherchent à identifier les bonnes pratiques par la confrontation des différents acteurs concernés ou de travaux plus statistiques.

En 2010, deux ateliers pratiques ont été conduits.

◗ **L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes :** cette question interroge les différents responsables de la politique du handicap et les gestionnaires des établissements et services confrontés au vieillissement des personnes handicapées. Un atelier pratique a été lancé fin 2009 et s'est prolongé jusqu'à février 2010. Le rapport, publié en octobre 2010, fait une place importante aux questions de définition qui apportent en elles-mêmes un certain nombre de réponses aux questions posées par le vieillissement des personnes handicapées :

– un phénomène d'ampleur, qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale mais qui s'accélère depuis ces quinze dernières années ;

– le vieillissement des personnes handicapées doit être envisagé dans le contexte plus global des parcours de vie : la prise en compte des environnements des personnes vieillissantes (vieillissement des aidants, inadaptation du domicile, évolution des projets de services et d'établissements…), les difficultés soulevées par la question administrative de l'âge (60 ans) et l'obligation de vigilance qui s'impose en amont de l'âge de 60 ans… Deux hypothèses renvoient à un double enjeu pour l'offre médico-sociale :

– d'adaptation à l'évolution importante constituée par le vieillissement des personnes handicapées dans leur projet de vie et leur besoin d'accompagnement médico-social ;

– de traduction à un niveau collectif des besoins individuels d'accompagnement identifiés.

◗ **L'hébergement temporaire :** il constitue, avec l'accueil de jour, l'une des deux modalités principales de répit proposées aux familles de personnes en perte d'autonomie. L'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes se heurte toutefois à des difficultés pratiques qui entravent son développement dans les proportions voulues par le PSGA et le plan Alzheimer. La CNSA avait mis en évidence, début 2010, avec une étude sur les freins et facteurs de réussite de ce type d'équipement, un certain nombre de ces difficultés. Si des réponses ont pu être proposées pour l'accueil de jour, reprises dans une circulaire de la DGCS du 25 février 2010, la réflexion n'était pas encore suffisante pour faire de même sur l'hébergement temporaire. Un atelier pratique a ainsi été lancé à l'automne 2010, dont le rapport doit être finalisé pour juin 2011. Il a pour objectif de faire émerger les pratiques ou les réformes à appliquer pour favoriser le déploiement de cette modalité d'accueil, tant sur le secteur des personnes âgées que sur celui des personnes handicapées.

Ont par ailleurs été conduits des travaux statistiques destinés à améliorer la connaissance sur certaines catégories d'offre et l'usage qui en est fait. Deux thèmes ont été abordés.

◗ **Les dispositifs de répit, par le renouvellement de l'enquête sur l'activité des accueils de jour et hébergements temporaires à destination des personnes âgées.** L'amélioration des informations disponibles sur ces équipements s'est révélée nécessaire, notamment pour suivre la mise en œuvre du plan Alzheimer. Un format d'enquête par internet avait ainsi été testé dès 2009, dans le cadre d'un partenariat DREES-CNSA, sur un échantillon de cinq cents établissements ayant une activité de répit. La circulaire du 25 février 2010 de la DGCS a annoncé que cette enquête remplacerait désormais le rapport d'activité annuel dû par les établissements au titre de leur activité d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. L'enquête exhaustive 2010 a été lancée début juin et s'est close fin septembre. Les résultats ont été exploités par la DREES et publiés. Ont été rendus publics, sur le site internet du plan Alzheimer, les établissements ne répondant pas à leurs obligations administratives du fait, notamment, d'une absence de réponse à cette enquête. Cela devrait contribuer à améliorer le taux de réponse à l'avenir, cette enquête devant désormais être reconduite tous les ans.

◗ **La scolarisation des enfants handicapés :** étant donné l'importance de cette question, un travail conjoint avec le ministère de l'Éducation nationale a été engagé, destiné à rapprocher et à analyser les bases de données de la sphère de l'Éducation nationale et de la sphère sociale ; enquêtes annuelles de l'Éducation nationale donnant un état annuel de la scolarisation des élèves handicapés, enquête établissements sociaux (ES) de la DREES, qui donne tous les trois ou quatre ans une

La médicalisation des EHPAD : bilan 2010

La médicalisation des EHPAD consiste à apporter davantage de moyens humains aux établissements pour personnes âgées dont les besoins en soins des résidents sont les plus élevés. Après une première étape, la médicalisation de deuxième génération a été engagée en 2006. Elle repose sur une évaluation des besoins en soins requis de chaque établissement à partir d'un référentiel (PATHOS) : les médecins coordonnateurs de chaque EHPAD établissent une coupe de chaque résident, qui doit ensuite être validée par les médecins des ARS.

La CNSA pilote le dispositif de formation des médecins à l'utilisation de l'outil PATHOS, de manière à accompagner la montée en charge de la médicalisation. Elle anime un réseau de médecins référents dans chaque région, qui doivent à leur tour former les médecins coordonnateurs. L'année 2009 a vu l'achèvement du conventionnement initial dit « de première génération ». L'exercice 2010 s'est ainsi focalisé sur la mise en œuvre de la deuxième génération de convention tripartite permettant à ceux des EHPAD qui y émargent de bénéficier de la tarification dite « au GMPS » (GIR moyen pondéré soin) qui conjugue l'emploi des référentiels AGGIR (mesure de la perte d'autonomie) et PATHOS (mesure de la charge en soins) et permet d'augmenter substantiellement le niveau moyen de crédits d'assurance maladie des EHPAD.
Cette tarification au GMPS a ainsi progressé significativement pour englober aujourd'hui 65 % des EHPAD qui devaient renouveler leur convention tripartite avant le 31 décembre 2010.
Cette progression est aujourd'hui freinée par la nécessité d'arbitrer sur le périmètre des charges intégrées dans les dotations soins : faut-il favoriser le choix des EHPAD pour le tarif global, plus coûteux mais intégrant les prestations des paramédicaux et omnipraticiens, ou faut-il freiner ce développement du tarif global en laissant ces prestations additionnelles à la charge des soins de ville ? Une mission IGAS a été lancée afin d'éclairer la décision sur cet arbitrage.

		2006	2007	2008	2009	2010
Médicalisation de deuxième génération dite « pathossification »	Cumul des places depuis 2006	2 706	75 192	158 712	254 815	367 193
	Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible à la fin de l'année N	4 %	51 %	64 %	49 %	65 %

image très détaillée de l'activité des établissements et services médico-sociaux, comprenant des éléments sur la scolarisation de ces enfants et adolescents. Un rapprochement des données de ces deux sources permet une connaissance plus complète de la scolarisation des cent sept mille enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux et des trente-huit mille enfants suivis par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Enfin, la cartographie des établissements médico-sociaux et des SESSAD, ainsi que la projection des créations de places programmées dans les PRIAC jusqu'à 2013, sont des éléments à prendre en compte quant à leur impact sur les besoins en scolarisation. Ce travail d'analyse et de mise en perspective doit se prolonger sur 2011.

Accompagner la modernisation et la professionnalisation des établissements et services

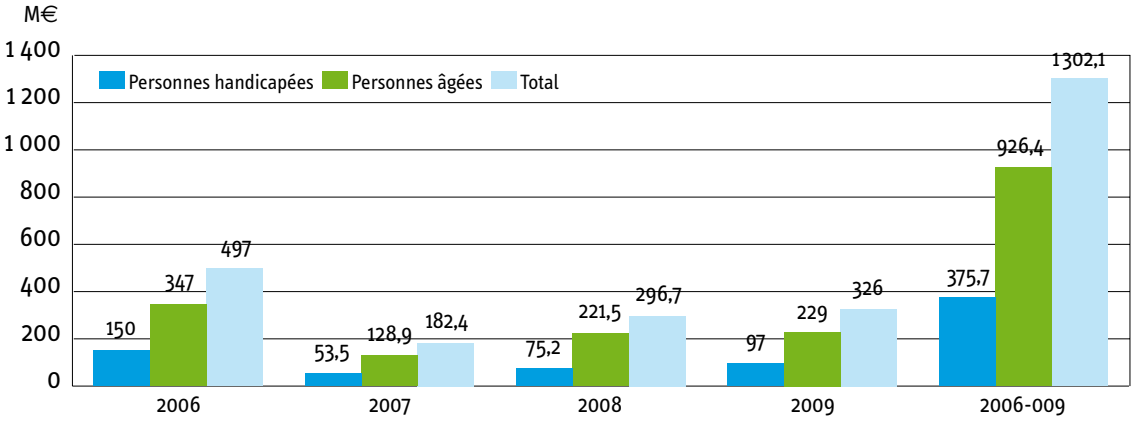
La mobilisation des crédits de la CNSA pour financer l'investissement des établissements médico-sociaux et la formation des professionnels s'est révélée nécessaire pour appuyer la capacité de développement de l'offre conformément aux plans nationaux. Les difficultés des promoteurs à boucler des tours de table financiers ou à recruter le personnel compétent peuvent en effet expliquer, dans un certain nombre de cas, des retards.

Les aides à l'investissement largement mobilisées sur la priorité Alzheimer

Depuis 2006, les excédents de la section I du budget de la CNSA viennent alimenter les réserves de la Caisse, qu'il a été décidé de mobiliser en partie pour financer des plans d'aide à l'investissement (PAI). Ainsi, 1,315 M€ ont été consacrés à la modernisation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées entre 2006 et 2009. Ces aides prennent la forme de subventions attribuées à l'issue d'une procédure annuelle d'appel à projets instruite par les services déconcentrés de l'État. Elles permettent, en particulier pour les EHPAD, de limiter l'augmentation du prix de journée à la charge des résidents qui résulte des opérations d'investissement.

Alors que ce dispositif avait été intégré en 2009 aux orientations du plan de Relance de l'économie, en raison de ses effets positifs sur le secteur du bâtiment, le plan d'aide à l'investissement 2010 a été principalement orienté vers la réalisation des objectifs du plan Alzheimer. Il s'agit du plus petit plan d'aide à l'investissement depuis la création de la CNSA, ce qui s'explique par une moindre disponibilité des réserves *(cf. page 43)*. Il a été décidé, pour la partie personnes âgées, de l'orienter explicitement vers le financement des unités spécifiques pour malades Alzheimer – pôles de soins et d'accompagnement adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcé

Montants des plans d'aide à l'investissement de 2006 à 2009



(UHR) – pour atteindre les objectifs à la fin du plan en 2012.

Sur les 151 M€ du PAI 2010, 30 M€ ont été consacrés à l'enveloppe personnes handicapées et 121 M€ à l'enveloppe personnes âgées. Au sein de cette dernière, une sous-enveloppe de 42 M€ a été dédiée au financement des PASA, les UHR pouvant être financées au sein de l'enveloppe générale.

Quarante-neuf opérations ont pu être financées dans des établissements pour personnes handicapées, pour un montant total de travaux de 229 M€. En revanche, seuls 97 M€ sur les 121 M€ prévus ont pu être engagés dans le champ des personnes âgées (pour un montant total de travaux de 858 M€), un nombre insuffisant de projets de PASA s'étant présenté pour utiliser la totalité de la sous-enveloppe de 42 M€. Parmi les deux cent cinquante-six établissements pour personnes âgées dépendantes bénéficiaires du PAI, il a pu être financé la création de cent quatre-vingt-quatorze PASA et de vingt-neuf UHR. Les crédits non consommés seront reportés en 2011.

Avec la perspective du tarissement des réserves de la Caisse induite par le nouveau système de pilotage budgétaire en autorisations d'engagement/crédits de paiement (AE/CP), se trouve posée la question de l'avenir des plans d'aide à l'investissement. Les parlementaires ont apporté une première réponse dans le projet de LFSS pour 2011 en consacrant, pour 2011, quatre points de la contribution solidarité autonomie issus de la section I du budget de la Caisse affectés au financement des plans d'aide à l'investissement, soit environ 92 M€. Cette disposition est pour l'instant limitée à l'année 2011 et ne constitue donc pas un financement pérenne du PAI.

✳ Métiers : la professionnalisation et la qualification des personnels

Le développement des places dans les ESMS se traduit par des besoins importants en personnels, sans compter les besoins liés au remplacement des départs à la retraite, eux aussi importants. Le PRIAC 2010 valorise à vingt mille quatre cent cinquante et un équivalents temps plein les créations d'emploi nécessaires sur la période 2010-2013 pour faire face aux besoins. Ce défi

OPCA	Crédits CNSA 2008	Montant réellement engagé par les OPCA	Soit en taux	Objectifs de formation	Formations réalisées
ANFH	4 000 000 €	3 918 852 €	97,97 %	1800	957
UNIFAF	2 500 000 €	2 032 084 €	81,28 %	500	833
FORMAHP	2 500 000 €	2 500 000 €	100,00 %	1000	1071
CNFPT	1 000 000 €	359 178 €	35,92 %	550	803
Total	10 000 000 €	8 810 114 €	88,10 %	3 850	3 664

quantitatif va de pair avec l'exigence de renforcer la qualification et la professionnalisation des personnels.

Le principal levier de la CNSA pour appuyer la professionnalisation du secteur repose sur une politique de conventionnement financée sur la section IV de son budget. Dans le champ des ESMS, la CNSA conventionne avec les OPCA dont elle cofinance les formations. Une première génération de conventions avec les quatre OPCA du secteur (ANFH, pour la fonction publique hospitalière – UNIFAF pour les établissements et services de la branche sanitaire, médico-sociale et sociale du secteur privé à but non lucratif – FORMAHP pour les établissements et services sanitaires et médico-sociaux à statut commercial et CNFPT pour la fonction publique territoriale) avait été prolongée d'un an fin 2008. À partir de 2009, le bilan avait été tiré de ce dispositif de manière à préparer les nouvelles conventions. Les nouveaux accords-cadres entre la CNSA, l'État et les OPCA du secteur ont tous été signés entre janvier 2010 (ANFH) et mars 2010 (les trois autres), pour trois ans.

Le montant global annuel est maintenu à 10 M€, avec une répartition différente entre les OPCA (diminution de 400 000 € pour le CNFPT, ventilés entre les trois autres). Le périmètre des formations financées évolue peu, si ce n'est l'intégration des parcours de formation d'infirmières diplômées d'État aux autres cursus de formation (aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur-éducateur et éducateur spécialisé). Seul le CNFPT ne finance que la valorisation des acquis de l'expérience et non les formations qualifiantes complètes.

La mise en œuvre de la mesure 20 du plan Alzheimer a été intégrée à ce dispositif. Des avenants ont ainsi été signés avec les OPCA sur la formation des assistants de soins en gérontologie (ASG), nouvelle fonction de professionnels œuvrant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en particulier dans les SSIAD renforcés ou les unités spécifiques en EHPAD. L'ANFH est la première à s'être engagée dans la démarche, le 29 juin 2010 : ce sont six cent vingt salariés de la fonction publique hospitalière qui pourront être formés en

Le partenariat avec les OPCA : des résultats encourageants

Le partenariat conclu par la CNSA en 2008 avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et financé sur les crédits de la section IV de son budget a donné lieu à un bilan conduit au printemps 2010. Il a servi à l'élaboration des conventions de seconde génération, au premier trimestre 2010.

Les diplômes concernés

Le diplôme d'État d'aide-soignant demeure très majoritaire (deux mille neuf cent dix-sept personnes sur trois mille six cent soixante-quatre, soit 79,6 % des parcours de formation portent sur ce diplôme). Le diplôme d'aide médico-psychologique ne concerne que cinq cent vingt-trois personnes. Les diplômes plus axés sur le champ des personnes handicapées (moniteurs éducateurs et éducateurs spécialisés) sont quasiment marginaux, sauf pour UNIFAF, pour lequel ils représentent 22 % des parcours, compte tenu du périmètre des ESMS rattachés à cet OPCA.

Les établissements et services médico-sociaux concernés

Les EHPAD sont très largement majoritaires : ils concentrent 85 % des parcours. Il est intéressant de constater que près du quart des EHPAD sont bénéficiaires du dispositif.

Les typologies de parcours de formation

Les accords-cadres portent sur quatre parcours différenciés : les trois premiers concernent le dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE) : mise à niveau, accompagnement à la VAE, et modules complémentaires. Le quatrième parcours est celui des formations qualifiantes complètes (formation « classique » en institut ou en école).

Globalement, les parcours rattachés à la VAE sont majoritaires : 71 % des parcours cofinancés. Mais la situation est contrastée entre les OPCA : le CNFPT finance exclusivement de la VAE ; *a contrario,* l'ANFH a choisi d'orienter les cofinancements sur les formations qualifiantes complètes, en renforcement de son propre dispositif des « études promotionnelles ». À l'intérieur des dispositifs de VAE, l'accompagnement classique des agents prédomine. Les modules complémentaires sont très minoritaires, ce qui peut surprendre au regard du taux assez faible de réussite de la VAE, mais correspond en définitive à de nombreux abandons de la démarche après un échec partiel.

Prix Lieux de vie collectifs & autonomie

La CNSA ne se contente pas de soutenir financièrement la modernisation des établissements médico-sociaux. Elle cherche également à promouvoir une conception renouvelée et adaptée de ces lieux de vie collectifs, à travers la remise de prix à destination des architectes et maîtres d'ouvrage.

Initiés dans le cadre d'un partenariat avec la Fédération hospitalière de France en 2007, le prix de la meilleure réalisation médico-sociale et le concours d'idées à destination d'élèves d'écoles d'architecture sont désormais pilotés par la CNSA qui a décidé, en 2010, de leur donner davantage de lisibilité avec un nouveau nom, « Prix CNSA Lieux de vie collectifs et autonomie ».

Ces prix permettent de mettre en valeur des bonnes pratiques en matière de réalisation médico-sociale. Le jury réunit de nombreux acteurs du domaine. Il est présidé par un architecte de renom, Aymeric Zubléna. Le prix est remis dans le cadre du salon Géront'Expo-Handicap Expo, alternativement avec le salon Hôpital Expo, au mois de mai, Porte de Versailles, à Paris.
Deux mentions spéciales ont été créées : « Alzheimer » et « personnes handicapées vieillissantes ». Elles font l'objet de partenariats avec, respectivement, la Fondation Médéric Alzheimer et le Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées (CCAH), qui les dotent.

L'édition 2010 de ce prix a permis de récompenser :
– le projet Les Mélisses, MAS géré par l'ADIMC 72, à Mulsanne, dans la Sarthe, au titre de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes handicapées ;
– le projet Le Hameau de la Pelou, EHPAD public, situé à Créon, en Gironde, au titre de la meilleure réalisation médico-sociale pour personnes âgées ;
– Le Réjal, EHPAD géré par le centre d'orientation sociale, situé à Ispagnac, en Lozère, au titre de la mention spéciale Alzheimer ;
– deux étudiantes de l'ENSA de Marseille, pour leur projet *Voyage à travers les âges ! Escale à Marseille*, qui ont remporté le concours d'idées.
La mention spéciale personnes handicapées vieillissantes n'a pu être décernée faute de projet satisfaisant.

2010 grâce à un soutien de la CNSA de 1,387 M€. Fin 2010, deux autres OPCA s'étaient engagés à appuyer la formation des ASG avec le soutien de la CNSA : Uniformation a bénéficié d'un soutien de 300 000 € pour former cent trente salariés en 2010 dans le secteur de l'aide à domicile, par avenant signé le 12 août 2010 ; UNIFAF a reçu 1 M€ le 2 septembre 2010 pour former quatre cent cinq professionnels dans le secteur de l'aide à domicile d'ici fin 2010. Fin 2012, trois mille six cents ASG auront été formés grâce à ce dispositif de cofinancement avec ces trois organismes paritaires collecteurs agréés.

En 2010, la CNSA a également mobilisé les crédits de la section V pour appuyer des dispositifs innovants dans le champ de la formation des professionnels œuvrant auprès des personnes en perte d'autonomie. Elle s'est engagée, avec l'État, à soutenir entre 2010 et 2012 le programme national MOBIQUAL, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile. D'ici 2012, trente et un mille outils de formation, sous forme de kits pratiques, seront remis gratuitement aux établissements et aux professionnels, portant sur des enjeux majeurs tels que la douleur, les soins palliatifs, la bientraitance, la dépression, mais aussi la nutrition, les risques infectieux ou la maladie d'Alzheimer. La CNSA apporte 4,8 M€ à cette opération. D'une moindre ampleur financière est l'expérimentation de l'ingénierie de formation à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie portée par l'association I=MC², avec l'appui des grands acteurs du secteur (FEGAPEI, APF, UNA…).

Demeurer au domicile, préserver ses relations, conserver ses habitudes, restent des souhaits largement partagés. L'association d'aide à domicile du canton de Puiseaux (Loiret) et ses professionnels interviennent auprès des personnes, de leur famille et les aident dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne ou pour les tâches domestiques... L'association est affiliée au réseau UNA (Union nationale des soins et services à domicile).

CHAPITRE 3

MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

Poursuivre l'amélioration des pratiques d'accueil, information et évaluation

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

Appui à la professionnalisation des maisons départementales des personnes handicapées

La CNSA a, de par la loi, un rôle d'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, dans une logique d'harmonisation des pratiques sur le territoire et d'égalité de traitement.

Cette mission, mise en œuvre dès 2005, s'est structurée autour de certains dispositifs aujourd'hui bien installés :

- la diffusion d'informations générales *via* une lettre électronique bimensuelle *(Info réseau MDPH)* ;
- des rencontres mensuelles autour d'une thématique (Jeudis pratiques de la CNSA) : neuf thèmes ont été traités en 2010 ; le recours contentieux, l'attribution des auxiliaires de vie sociale, le conventionnement avec des équipes externes d'évaluation, les aides humaines de la prestation de compensation du handicap (PCH), le contrôle d'effectivité, les aides techniques, les échanges d'informations avec les partenaires, les personnes handicapées vieillissantes, la problématique des 16-25 ans ;
- deux rencontres annuelles des directeurs de MDPH : la rencontre du mois de juin a été organisée pour la première fois sous forme résidentielle, pendant deux jours ; la réunion du mois de décembre a été organisée, comme tous les ans, en partenariat avec l'Assemblée des départements de France ;
- des réponses aux questions posées par les MDPH, notamment juridiques. Il s'agit d'une activité de plus en plus lourde puisqu'elle a donné lieu à cent deux réponses par mois en moyenne, soit plus de mille deux cents dans l'année (contre neuf cents en 2009). De plus, le contenu des questions évolue : sauf exceptions, elles ne portent plus tant sur la connaissance de la règle de droit que sur la manière concrète de l'appliquer, notamment dans des situations complexes. Émerge un questionnement plus large sur les droits des personnes handicapées, dépassant le champ de compétence direct de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La CNSA appuie également financièrement le fonctionnement des MDPH par un concours pérenne, financé sur la section III du budget de la Caisse, qui a été reconduit à hauteur de 60 M€ en 2010.
En dehors de cette activité quotidienne, l'accent a été mis, en 2010, sur quatre types d'actions particulières afin de conforter le soutien au réseau.

Le déploiement de l'appui juridique

Avec le développement des décisions des CDAPH, les MDPH sont de plus en plus confrontées à des questionnements juridiques sur l'application de la loi de 2005 et à une charge croissante en matière de réponses aux recours. Pour plus d'efficacité, il est apparu nécessaire d'étendre l'appui juridique au-delà des seules équipes des MDPH.

Après un premier partenariat avec la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail en 2008, une démarche de sensibilisation des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) a ainsi été mise en œuvre en 2010. Ceux-ci ont en effet à traiter très largement des recours sur les décisions des MDPH (en 2008, sur cinquante-huit mille décisions des TCI, trente mille concernaient les décisions des CDAPH). Cette démarche, qui s'appuie sur les formateurs relais de la CNSA, prend la forme de journées régionales. En 2010, les quatre sessions organisées entre octobre et décembre en Aquitaine, Lorraine, Bretagne et Limousin, ont permis de toucher quatre-vingt-neuf personnes.

L'évaluation du dispositif de formation des professionnels des MDPH

Outre les actions d'information, de sensibilisation et de diffusion des concepts, la formation des professionnels des MDPH s'appuie sur deux dispositifs :

- **la formation, sur des thématiques prioritaires, prise en charge par des formateurs relais financés par la CNSA.** En 2010, le dispositif s'est centré sur la formation au guide barème sur l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Celui-ci constitue le référentiel incontournable pour l'attribution de certaines prestations, dont l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans le cadre du plan du Gouvernement sur l'AAH et la mise en œuvre des plans de santé publique *(cf. page 53)*, il était nécessaire de faire mieux connaître l'évolution du guide intervenue en 2007 : neuf sessions ont été organisées, permettant pour cent soixante-dix-huit personnes issues de vingt-neuf MDPH de se former, et clôturant un cycle complet de formation de l'ensemble des MDPH engagé depuis 2008 ;
- **le référencement des formations proposées par des organismes de formation de droit commun :** afin de favoriser l'émergence d'une offre répondant aux besoins des MDPH, la CNSA a mis en place un référencement de formations, sur la base de cahiers des charges élaborés par une commission *ad hoc*. Les formations sont financées par les employeurs des agents concernés. En 2010, la CNSA a organisé le référencement de nouvelles offres de formation sur les sept

thématiques déjà diffusées. Elle a également engagé l'évaluation du dispositif de formation en sollicitant de la part des organismes référencés un retour sur leur activité auprès des MDPH. Six organismes référencés ont organisé vingt sessions de formation pour deux cent quatre-vingt-cinq stagiaires.

La professionnalisation de réseaux de correspondants spécialisés

Afin d'apporter un appui technique aux MDPH dans l'installation des différentes fonctions identifiées dans les textes législatifs et réglementaires, la CNSA a fait émerger des réseaux de correspondants métiers qu'elle anime :

- **les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires :** c'est le premier réseau mis en place par la Caisse depuis 2008. Il a répondu très vite à la nécessité d'accompagner l'émergence d'une nouvelle culture de l'évaluation.
L'animation de ce réseau repose tout d'abord sur des **échanges de pratiques,** autour de réunions trisannuelles, qui proposent dans un premier temps aux coordonnateurs une mise à jour des connaissances ou des clarifications sur des thèmes connexes à leurs pratiques. C'est ainsi qu'en octobre 2010, un membre du Conseil scientifique de la CNSA est intervenu pour faire le point sur la réforme de la protection des majeurs vulnérables. Un second temps est laissé à l'échange entre les participants, qui s'appuie sur deux axes :
– échanges à partir de la présentation de l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire d'une MDPH à chacune de ces réunions ;
– échanges plus thématiques sur une question qu'ils ont plébiscitée, telle que « quelles pratiques pour l'urgence ? », abordée lors de la séance du 2 juin 2010.
L'appui au réseau fait également la place à la **diffusion d'outils et de documents.** Cela passe soit par la mise à disposition de tous de documents mis en place par une MDPH, soit par l'élaboration de documents et outils pilotée par la CNSA. En 2010, a ainsi été mis à disposition le *Guide d'aide à la décision pour l'attribution et le calcul du volet "aménagement du logement" de la prestation de compensation du handicap (PCH),* élaboré avec trente MDPH en 2009. Ce guide a permis de diminuer très sensiblement le nombre de questions sur cette thématique.
Deux nouveaux groupes de travail ont été lancés en 2010 :
- sur l'élaboration d'un thésaurus issu de la classification internationale des maladies (CIM 10) pour le codage dans le système d'information des MDPH des pathologies à l'origine des handicaps ;
- sur l'identification de bonnes pratiques en matière de prise en compte des troubles « DYS » dans le champ de l'action médico-sociale, en articulation avec le droit commun de l'enseignement et du soin ;
- Le principe est toujours le même, une priorisation des sujets par les coordonnateurs en fonction de leurs besoins et une démarche participative de construction des outils, appuyée sur des tests de terrain des guides ainsi élaborés collectivement ;
- **les référents insertion professionnelle :** l'émergence de ce réseau est plus récente. Son animation repose également sur l'organisation de plusieurs journées nationales par an. Après une première rencontre en 2009, deux réunions nationales se sont tenues en 2010. Le principe d'animation est le même : l'organisation de ces rencontres sur deux jours laisse la place pour des travaux en ateliers ;
- **les correspondants scolarisation :** ce réseau est le dernier-né. Sa première réunion s'est tenue le 16 novembre 2010. Contrairement aux deux autres, la fonction de

L'IGAS évalue le fonctionnement des MDPH

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a effectué en 2010 un bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées.
Le rapport souligne les difficultés liées à la mise à disposition des personnels de l'État, qui a généré « *complexité et insécurité de gestion* ». Il note les progrès en matière d'accueil, de continuité de prise en charge, de territorialisation de l'accueil et d'information des usagers, mais aussi les difficultés qui persistent quant à l'orientation des enfants, la mesure des capacités d'accès à l'emploi, et le suivi des décisions. Pour ce qui est de la CNSA, le rapport indique qu'elle a développé une offre de services appréciée, mais « *n'a pas pu établir de véritables tableaux de bord nationaux, face à la revendication d'autonomie des départements et à l'éclatement des systèmes d'information* ». Il regrette un engagement encore « *timide dans le parangonnage et les comparaisons, démarche qui, cependant, est de nature à prévenir ou atténuer les disparités* ».

© F.-X. Dessirier – Conseil général de l'Aisne.

Yves Daudigny,
Sénateur, président du Conseil général de l'Aisne et président de la Commission des affaires sociales et familiales de l'Assemblée des départements de France (ADF).

Extrait de l'interview parue dans la *Lettre de la CNSA* de décembre 2010.

Les travaux sur la création d'un « 5e risque » de perte d'autonomie vont se dérouler au premier semestre 2011. Qu'en attendez-vous pour les conseils généraux ? Quel rôle voulez-vous voir jouer la CNSA dans le dispositif qui en découlera ?
La réforme de la dépendance est indispensable ; aujourd'hui, sa prise en charge pèse lourdement sur les budgets départementaux, ce qui n'est plus supportable. Nous l'avons déclaré solennellement et dénoncé unanimement lors du dernier congrès de l'Assemblée des départements de France. À titre personnel, les préconisations du rapport Rosso-Debord m'inquiètent, notamment le recours à l'assurance privée. Je considère en effet que la perte d'autonomie relève bien de la solidarité nationale. Les conseils généraux sont les chefs de file de ce dossier de la perte d'autonomie. Ils doivent être porteurs de pistes d'action sur cet enjeu sociétal. Aussi, nous entendons avoir toute notre place dans la discussion sur ce projet et la tenir. L'ADF vient d'annoncer la création d'assises sur la perte d'autonomie afin que les conseils généraux élaborent leurs propositions sur ce projet lancé par le Gouvernement.

Comment se déroule votre collaboration avec l'Agence régionale de santé de Picardie ?
Face au poids de cette nouvelle structure aux compétences élargies, nous sommes attentifs à ce que les projets et missions du conseil général soient respectés et pris en compte. Les débuts sont rassurants. Il y a eu concertation avec l'ARS de Picardie sur la définition des territoires de santé et les premières procédures se mettent en place dans un climat de travail et de dialogue.

correspondant scolarisation n'est pas citée dans les textes. Elle s'est toutefois développée dans la pratique afin de favoriser l'articulation avec les services de l'Éducation nationale chargés de l'intégration scolaire des élèves, et notamment les enseignants référents.

La mobilisation des acteurs locaux sur la mise en œuvre des dispositifs et leur évolution

La CNSA a vocation à faire remonter au niveau national la manière dont les dispositions législatives et réglementaires sont mises en œuvre de manière concrète dans les MDPH, pour contribuer à l'évolution des dispositifs. À cette fin, elle a mis en place une démarche visant à recueillir de façon organisée l'appréciation et l'interprétation des directeurs de MDPH sur des difficultés ou interrogations récurrentes. Trois thématiques ont ainsi fait l'objet de travaux collectifs en 2010 : l'évolution de la PCH, l'attribution des auxiliaires de vie scolaire et l'ouverture du dispositif d'accueil, information, évaluation aux personnes âgées lancé de façon expérimentale dans certains départements sous le concept de « maison de l'autonomie ».

L'accompagnement de l'émergence du réseau local autour des MDPH

Afin de constituer véritablement un guichet unique comme le prévoit la loi du 11 février 2005, les MDPH doivent constituer des réseaux locaux avec les acteurs qui interviennent auprès des personnes. La CNSA appuie la constitution de ces réseaux en étendant son action auprès des équipes des MDPH à leurs partenaires, dans trois champs.

Dans le champ de l'évaluation : développer la démarche de « GEVA compatibilité »

Le rapport de janvier 2010 de la CNSA sur l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), outil réglementaire utilisé par les MDPH pour évaluer la situation et les besoins des personnes handicapées, et le plan d'action qui en découle ont notamment insisté sur la nécessité de mieux articuler avec le GEVA les outils d'évaluation utilisés par les différents professionnels qui interviennent auprès

Travaux sur les référentiels d'évaluation avec les assureurs

Afin d'alimenter les premières réflexions gouvernementales sur la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie, sans préjuger des décisions qui seront prises à son issue, la CNSA s'est vu confier, en février 2010, par le ministre, Xavier Darcos, la mission de travailler sur les référentiels d'évaluation dans le cadre d'un « partenariat public-privé » entre la couverture publique et une couverture assurantielle.

Un groupe de travail animé par la CNSA s'est réuni neuf fois entre mars et septembre 2010. Composé des représentants des quatre familles d'assurance (sociétés d'assurances, entreprises mutuelles d'assurances, institutions de prévoyance et Mutualité française), des services médico-sociaux de conseils généraux, des administrations centrales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, il a examiné les techniques d'évaluation de chacun, notamment à partir de cas pratiques, pour dresser la liste des informations nécessaires à l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie et aux rentes assurantielles.

Le rapport, intitulé « Des possibilités d'un partenariat public-privé pour l'évaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées », a été remis à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, début février 2011, et publié le 22 février 2011. Il formule douze propositions concrètes pour envisager un partenariat entre les services médico-sociaux des conseils généraux et les organismes d'assurances pour évaluer les situations de perte d'autonomie. Ces propositions vont de l'utilisation d'un glossaire commun pour décrire les situations de perte d'autonomie et ainsi lever toute ambiguïté sur les termes employés et ce qu'ils recouvrent, jusqu'à l'échange et la reconnaissance mutuelle de la validité des informations recueillies lors des évaluations, gage de qualité pour les usagers et la création d'une commission nationale du partenariat public-privé, composée à parité des organismes d'assurances et des institutions publiques et qui serait consultée sur toutes les questions communes (adéquation des procédures et des outils, suivi de l'évolution du risque, projets de textes réglementaires…).

Même si le groupe de travail n'a pas abouti à l'élaboration d'un nouveau référentiel commun, ces propositions marquent un rapprochement des idées et des connaissances des acteurs de ces deux systèmes et éclairent les décisions qui suivront le débat national lancé début 2011 par le président de la République.

des personnes handicapées. L'objectif est d'améliorer l'efficacité et la qualité des évaluations des MDPH.
C'est cette démarche, appelée « GEVA compatibilité », qui a été déployée par la CNSA en 2010.
Elle a tout d'abord pris la forme d'**actions de sensibilisation et de formation** de la CNSA sur la démarche du GEVA et les pratiques d'évaluation à destination non seulement des équipes des MDPH, mais également des différents acteurs de l'évaluation des personnes handicapées : membres de CDAPH (élus, conseils généraux, représentants d'associations d'usagers, d'établissements et services, etc.) ; établissements et services médico-sociaux et de soins.
En 2010, des interventions auprès de leur CDAPH ont été effectuées dans huit MDPH à leur demande, des sensibilisations à la GEVA compatibilité ont été réalisées auprès de fédérations d'établissements et services médico-sociaux au niveau national (Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce – ANECAMSP, Association des paralysés de France – APF), auprès d'établissements médico-sociaux au niveau d'une région à la demande de MDPH (région Centre), auprès d'une association nationale (Association nationale pour la promotion et le développement de la langue française parlée complétée – ALPC), auprès de professionnels dans différents cadres de formation, cadre universitaire (en lien avec la présidente du Conseil scientifique), ou à l'international en relation avec les classifications de l'Organisation mondiale de la santé (Groupe international francophone pour la formation aux classifications du handicap – GIFFOCH, Lausanne). La CNSA, ne pouvant déployer à elle seule cette sensibilisation, apporte également un appui aux MDPH en leur fournissant des supports, afin qu'elles soient en mesure de déployer ces concepts, au titre de leur mission de tête de réseau local.

Des ateliers d'échange de pratiques ont permis de diffuser cette démarche d'évaluation autour du GEVA dans le cadre de différents chantiers adjacents reposant sur l'amélioration de l'évaluation des besoins des personnes. Cela a été le cas pour appuyer l'atelier pratique relatif à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes *(cf. page 62)*, pour l'évaluation des situations complexes par les gestionnaires de cas des maisons de l'autonomie

et de l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ou encore dans le cadre des expérimentations de maisons départementales de l'autonomie (MDA), qui rapprochent les démarches d'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les plans de santé publique tels que le plan AVC (accident vasculaire cérébral) ou le plan Cancer font également appel au développement ou à la construction d'outils d'aide à la pratique professionnelle de partenaires des équipes des MDPH et rejoignent la démarche de GEVA compatibilité.
L'appui à la diffusion du nouveau certificat médical auprès des professionnels de santé vient également contribuer à leur sensibilisation à la notion d'évaluation multidimensionnelle. Il est en effet indispensable que ces professionnels se sentent désormais impliqués dans l'interdisciplinarité, au bénéfice de la prise en compte globale des besoins des personnes handicapées.

Le bilan du référencement des organismes de formation proposant des sessions de formation sur le GEVA (deux cent quatre-vingt-cinq personnes formées en 2010) a mis en évidence les besoins de sensibilisation des participants sur la notion de GEVA compatibilité. Il a conduit la CNSA à envisager un module de formation référencée complémentaire sur ce sujet, dont le cahier des charges est en cours d'élaboration.
La démarche de GEVA compatibilité passe également par un **travail technique sur le système d'information des MDPH,** visant à faire parvenir automatiquement à la MDPH les évaluations faites par les partenaires locaux (établissements médico-sociaux, notamment).
Afin d'expertiser cette question, la CNSA a financé sur la section V de son budget une expérimentation conduite par l'Association information recherche (AIR). Elle portait sur les conditions à réunir pour parvenir à une compatibilité entre son logiciel AIRMES et le GEVA. Quatre départements (Doubs, Jura, Vienne et Vosges) ont participé à cette action.

Un format interopérable d'échange d'informations est en cours de définition par la CNSA et sera testé auprès de plusieurs utilisateurs.

Avec les acteurs de l'emploi et les caisses d'allocations familiales : formaliser les échanges d'informations pour les améliorer

Les MDPH ont une mission importante en matière d'emploi des travailleurs handicapés : elles reconnaissent la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et orientent les personnes handicapées soit vers le milieu ordinaire de travail, soit vers le milieu protégé. Cette mission n'a toutefois du sens que si elle favorise le parcours des personnes handicapées vers l'emploi, ce qui implique des partenariats renforcés avec les autres acteurs intervenant dans ce champ.
Pour ce faire, la CNSA soutient depuis 2007-2008 l'expérimentation RECORD (Réseau de ressources coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap), portée par de nombreuses associations et organismes. En raison de ses résultats positifs, elle a lancé en 2009 et piloté elle-même une deuxième phase de cette expérimentation, qui a étendu à dix départements supplémentaires le travail de mise

Les différents canaux de remontée de données vers la CNSA

La CNSA recueille les données issues des MDPH par différents canaux.

– **Les maquettes budgétaires des MDPH :** chaque conseil général adresse à la CNSA avant fin avril de l'année N+1 les données du budget consolidé de sa MDPH (dépenses, ressources, effectifs) ; elles sont restituées de façon consolidée au Conseil de la CNSA en octobre N+1.

– **Une enquête annuelle :** elle fait remonter pour mars/avril N+1 les données relatives au fonctionnement (organisation de l'accueil, évaluation, recours, partenariats…) et à l'activité des MDPH (nombre et nature des demandes et des décisions, recours, délais de traitement, stock des demandes…). Il est fait une restitution comparée de ces données aux conseils généraux et une présentation consolidée au Conseil de la CNSA en juin N+1.

– **Une enquête mensuelle :** elle permet d'assurer un suivi mensuel de la PCH et de sa montée en charge (nombre de demandes, nombre de prestations de compensation du handicap décidées distinguant enfants et adultes, contenu par élément). Il en est fait deux restitutions par an au Conseil de la CNSA.

– **La transmission mensuelle des données financières relatives aux dépenses de PCH (et d'allocation personnalisée d'autonomie – APA) en provenance de la Direction générale des finances publiques.** Il s'agit de la consolidation des données des paieries départementales. Elle permet de suivre l'évolution des dépenses et donne lieu à publication dans la lettre financière mensuelle de la CNSA.

– **La transmission annuelle des données sur la PCH (et l'APA), par les conseils généraux :** elle est effectuée entre février et juin sur les données de l'année précédente. Elle porte sur les dépenses et le nombre de bénéficiaires d'un paiement de PCH ou d'APA, entre le 1er janvier et le 31 décembre N–1, qui font l'objet de restitutions au Conseil de la CNSA.

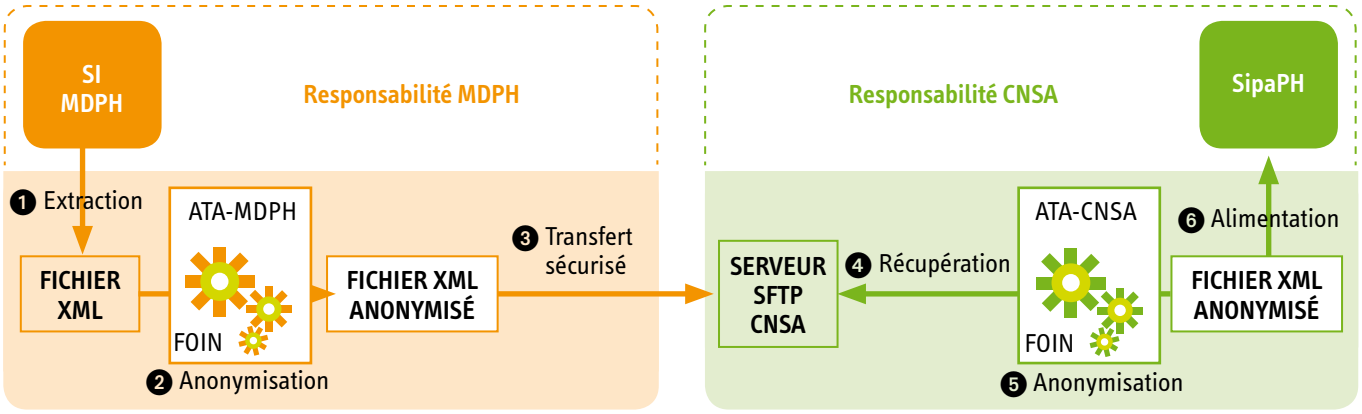
– **Le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH),** qui consolidera les données des systèmes d'information des MDPH, remplacera les enquêtes mensuelles et annuelles auprès des MDPH. Il complétera la connaissance par des informations sur les bénéficiaires d'un droit ouvert par la CDAPH ; le suivi des décisions, notamment. L'enquête annuelle devra toutefois être maintenue pour continuer à disposer d'informations sur l'organisation des MDPH, qui n'ont pas vocation à remonter *via* le SipaPH.

en réseau des acteurs locaux de l'emploi autour de la MDPH. Ce projet, RECORD 2, s'est achevé fin novembre 2010 ; la majorité des actions lancées dans le cadre de RECORD 2 sont l'application du guide de bonnes pratiques issues de RECORD 1.
Quelques points émergents sont cependant à signaler :
- des ouvertures sur des populations spécifiques, difficiles à « capter » car mal prises en charge ou relevant de plusieurs dispositifs (jeunes, RSA et handicap) ;
- des actions allant dans le sens d'une plus grande citoyenneté des personnes en situation de handicap : participation de groupes d'usagers plus fréquente, charte éthique pour la CDAPH, réécriture de notifications avec un panel de personnes en situation de handicap… ;
- un renforcement des actions liées à l'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap : la problématique de l'employabilité se fait plus clairement sentir.

Le deuxième axe de travail dans le champ de l'emploi vise à formaliser les échanges entre la MDPH et ses partenaires afin de les fluidifier. L'objectif de ces travaux, engagés en 2010, est de parvenir à une cartographie des échanges. Les travaux ont été pilotés au niveau national par un groupe de travail réunissant, autour de la CNSA, la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), Pôle Emploi, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et, bien sûr, les MDPH et leurs partenaires locaux. Ils ont été conduits par un prestataire recruté par la CNSA.

Un travail identique de cartographie est réalisé dans le champ des relations entre la MDPH et les caisses d'allocations familiales. Ce sont elles, en effet, qui payent un certain nombre de prestations décidées par la CDAPH (allocation aux adultes handicapés – AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH). Ce travail est piloté à l'échelon national par la CNSA et la Caisse nationale des allocations familiales. Les travaux de modélisation sont en phase de conclusion et de diffusion aux MDPH, ce qui pourra déboucher dans les prochains mois sur les premiers tests d'interconnexion.
La CNSA a, enfin, été mobilisée par l'État pour préparer l'expérimentation relative à l'évaluation de l'employabilité des travailleurs handicapés, décidée à la suite du rapport remis en janvier 2010 par les experts missionnés par les ministres : *L'emploi, un droit à faire vivre pour tous – évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi – prévenir la désinsertion socioprofessionnelle ?*

La construction du SipaPH



ATA : application de transfert anonymisé.
FOIN : fonction d'occultation des identifiants nominatifs.
SI : système d'information.
SFTP : secure file tranfert protocol (protocole de transfert de fichier sécurisé).
XML : extensible markup language (langage informatique de balisage).

Le suivi de l'activité des MDPH

L'égalité de traitement des usagers sur le territoire national nécessite de pouvoir observer le résultat des actions conduites par les MDPH, de fournir aux acteurs de terrain des données de référence et de comparaison pour leur permettre de s'évaluer et d'assurer l'information du Conseil de la CNSA et de la représentation nationale quant à la mise en œuvre de la politique de compensation individuelle. À cette fin, la CNSA a pour mission de construire les dispositifs de remontée de données et de consolider ces données. C'est ce qu'elle a engagé depuis sa création.

La construction du SipaPH : vers le transfert des données des MDPH vers le niveau national

La construction d'un système d'information partagé entre les MDPH et la CNSA a été engagée dès 2007 pour recueillir les données relatives à l'activité et aux décisions des MDPH ainsi qu'aux caractéristiques des personnes concernées, conformément aux dispositions de la loi de 2005.

Baptisé Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), cet outil poursuit des objectifs ambitieux : il doit permettre le pilotage des politiques d'aide à l'autonomie des personnes handicapées, pour les acteurs locaux comme pour les partenaires nationaux intéressés, et améliorer l'appréhension des besoins en matière d'établissements et services médico-sociaux pour adapter l'offre, en appui aux travaux territoriaux de diagnostic des besoins.
Sa mise en place implique la définition précise des données à recueillir, le remplacement des anciens logiciels des COTOREP et CDES par de nouveaux systèmes d'information des MDPH et la transmission de ces données à la CNSA.

En raison du nombre d'acteurs concernés et de la complexité des données à recueillir, sa construction est un chantier de longue haleine. Après une phase de cadrage et de conception générale initiée en 2007, suivie d'une phase de conception fonctionnelle détaillée consistant à décliner les différentes règles, le chantier est entré fin 2008 dans des phases de conception technique, de développement et d'accompagnement des utilisateurs. L'étape décisive de la mise en place opérationnelle des systèmes d'information des MDPH, « premier étage » du SipaPH, a été franchie en 2010. En application du principe d'autonomie des collectivités locales, les conseils généraux ont eu la liberté de construire leur propre système d'information, à partir du moment où il intégrait l'ensemble des données obligatoires définies par un texte réglementaire. Au total, cinq éditeurs de logiciels ont travaillé sur ces systèmes d'information, avec les-

quels la CNSA est en contact permanent.
L'étape suivante est la transmission automatique et anonymisée des données ainsi recueillies au niveau local dans les MDPH au niveau national. Cela passe par l'installation d'extracteurs de données dans chaque MDPH, nécessaires à la transmission des informations. L'arrêté faisant obligation de transmettre des informations a été publié en novembre 2010, rendant possible la réalisation des extracteurs par les éditeurs de logiciels.

La CNSA a lancé au début de l'année 2010 des travaux techniques afin de rendre possible l'intégration des données prévues dans le cadre de l'arrêté à venir. Quatre groupes de travail réunissant des MDPH pilotes, les éditeurs des systèmes d'information des MDPH et la CNSA ont été mis en place. Vingt-cinq réunions ont abouti à un document présentant les transcodifications et le lien entre le système d'information des MDPH et le SipaPH *(étape 1 du schéma page précédente)*, puis au test de l'outil d'anonymisation *(étapes 2 et 4)* et de transfert *(étape 3)*. Ces travaux se sont focalisés sur un premier périmètre de données dans le but d'assurer une continuité de production statistique. Depuis le second semestre 2010, les MDPH utilisent le résultat de ces travaux afin de préciser à leur tour les transcodifications entre leur système d'information et le SipaPH et de tester l'outil d'anonymisation fourni par la CNSA.

> *"Une de nos priorités en 2010 a été d'apporter notre soutien aux MDPH pour faciliter les échanges indispensables avec leurs partenaires locaux, notamment pour l'emploi et la scolarisation, afin de répondre plus efficacement aux besoins des personnes handicapées."*
> **Bernadette Moreau,** Directrice de la compensation de la perte d'autonomie

Pour intégrer ces données dans un système d'information partagé, il faut également former les très nombreux acteurs appelés à contribuer à l'alimentation du système. Un important chantier de formation, engagé en 2009 sur une première version du SipaPH alimentée avec les données issues des anciens applicatifs ITAC et OPALES, s'est poursuivi durant toute l'année 2010. Ces formations territorialisées ont permis aux 90 % des MDPH formées à la fin de l'année 2010 d'appréhender l'outil mis à disposition et de créer leurs premiers tableaux de bord.
Pour fédérer le réseau, des référents SipaPH ont été identifiés au sein des MDPH. La CNSA a ouvert un site de communication (http://www.sipaph-cnsa.fr). On y retrouve également la lettre du référent SipaPH, qui est envoyée tous les deux mois. Ce réseau des référents s'est réuni pour la première fois en décembre 2010 pour évoquer le grand chantier 2011, à savoir l'opérationnalité de

l'extracteur de données qui s'accompagnera d'un travail indispensable sur la qualité des données. L'année 2011 devrait ainsi voir pour la première fois la remontée des données des MDPH définies par l'arrêté de novembre 2010 vers le niveau national.

Des remontées de données difficiles en 2010

La CNSA ne pouvait pas attendre l'opérationnalité du SipaPH pour fournir des données sur l'activité des MDPH. Elle a donc mis en place différentes enquêtes et canaux de remontées d'informations pour ce faire et transmettre à son Conseil et à l'État les indicateurs attendus. Elle fournit ainsi certains des indicateurs du rapport annuel de performance sur le programme budgétaire 157 « Handicap et dépendance » et ceux du programme de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

Entre 2006 et 2009, un certain nombre de données transmises à la CNSA étaient encore issues des données saisies à l'échelon local dans les anciens logiciels ITAC et OPALES utilisés par les CDES et les COTOREP. Toutefois, avec le basculement des MDPH vers des systèmes d'information propres, à partir de 2008 et surtout de 2009, ces applicatifs ont cessé d'être renseignés. En 2010, il n'a pas été possible pour la CNSA de consolider de manière statistiquement valable certaines des données issues des MDPH portant sur l'année 2009.

L'année 2010 a été à cet égard une année de transition, avec une dégradation des données collectées.

Mesure de la satisfaction des usagers des MDPH

Le principe d'un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers des MDPH a été arrêté par le Conseil de la CNSA dès l'élaboration des premières conventions d'appui à la qualité de service signées entre la Caisse et les cent conseils généraux, et mis en place en 2007. Il a été conçu avec trente réseaux associatifs de personnes handicapées et vingt MDPH pour fournir aux commissions exécutives des MDPH des informations objectives sur les missions de la MDPH. Cet outil a pour objectif de fournir à chaque MDPH une mesure de l'évolution de la satisfaction des usagers sur les différentes missions à partir d'une année de référence.

Le dispositif a été prolongé début 2010 pour trois années sur la base d'un questionnaire simplifié et la mise en place d'une version web accessible sur : http://satisfactionmdph.fr. La CNSA a fortement soutenu les MDPH dans le lancement de cette nouvelle campagne.

Pour la première fois en 2010, les analyses nationales des expressions des usagers (environ quatre mille, ce qui reste relativement peu) ont été fournies non seulement aux soixante-dix MPDH utilisatrices, mais également aux associations de personnes en situation de handicap qui sont très fortement impliquées dans le dispositif. Les principaux enseignements qui peuvent en être tirés sont les suivants :
– **information :** l'information fournie par les MPDH est évaluée comme claire, adaptée, utile, mais pas toujours suffisante ;
– **accueil :** l'accueil des MDPH est unanimement reconnu comme humain et réellement mobilisé malgré un environnement pas toujours apaisant ni respectueux de la confidentialité ;
– **projet de vie :** les usagers semblent s'approprier la notion de « projet de vie » leur permettant une expression de leurs attentes et besoins, mais l'aide apportée par la MDPH dans cette expression reste insuffisante ;
– **évaluation :** l'évaluation de la situation et des besoins des personnes conduite par les MDPH, bien qu'elle soit ressentie comme respectueuse et humaine, est jugée trop longue ;
– **plans personnalisés de compensation (PPC) :** les usagers s'estiment peu informés et pas assez souvent reçus en CDAPH quand ils le demandent ; on constate une globale insatisfaction des usagers quant au contenu ou à la mise en œuvre effective du PPC lorsqu'il est élaboré ;
– **recours :** les usagers s'estiment majoritairement informés des voies de recours ; le recours gracieux est priorisé par rapport aux autres voies ; quand ces voies de recours sont sollicitées, elles sont jugées peu satisfaisantes.

Les résultats de l'année 2010 serviront de référence pour la mesure de l'évolution qui sera faite ultérieurement. Depuis la création des MDPH, près de vingt mille usagers ont ainsi pu exprimer leur perception du service que leur apporte leur MDPH.

CHAPITRE 4

AIDES TECHNIQUES ET AIDES HUMAINES

Améliorer les solutions de compensation

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

Accompagner l'action des services à domicile

La modernisation et la professionnalisation des services à domicile constituent une des missions importantes de la CNSA : l'une des sections de son budget – la section IV – lui a consacré près de 50 M€ en 2010. Ce soutien financier est mis en œuvre à travers des conventions avec les acteurs de l'aide à domicile.

Dans le prolongement de la politique initiée en 2002 dans le cadre du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), la CNSA a, lors de sa création, financé les conventions conclues par les préfets avec les associations locales d'aide à domicile. En accord avec l'État, il a été décidé de structurer davantage cette politique et de substituer à cette démarche de financement, très éparpillée, des conventions territoriales, avec les conseils généraux, et nationales, avec les têtes de réseau de l'aide à domicile et les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

Chacun de ces axes de conventionnement répond à une logique particulière :
- le partenariat avec les conseils généraux vise à accompagner l'amélioration de l'organisation de l'offre au niveau territorial ;
- le conventionnement avec les têtes de réseau nationales a pour objectif d'appuyer la modernisation des structures et renforcer, par conséquent, leur capacité à conduire les évolutions de méthodes de gestion auxquelles le secteur fait face ;
- la contractualisation avec les OPCA de l'aide à domicile répond à l'objectif de professionnalisation de la filière.

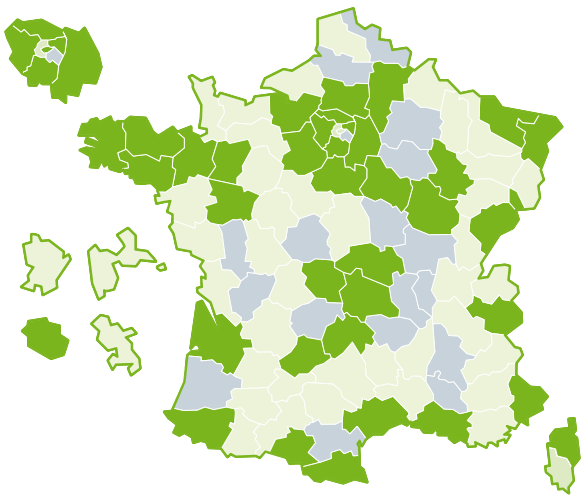
La montée en puissance de la politique de conventionnement actuelle conduit, en 2010, à une quasi-suppression du soutien direct aux opérateurs locaux : le nombre de conventions locales financées par la CNSA est passé de six cent cinquante-huit en 2007 à quatre-vingt-neuf en 2009 et à douze en 2010.

Conventions avec les conseils généraux : la poursuite du maillage territorial

En conventionnant avec les conseils généraux plutôt qu'avec les opérateurs locaux, la CNSA reconnaît aux départements leur rôle de tête de file en matière de planification et d'organisation de l'offre dans le domaine de l'aide à l'autonomie sur leur territoire. C'est avec eux que les opérateurs d'aide à domicile conventionnent ensuite sur des programmes spécifiques de modernisation et de professionnalisation. Les conventions signées par la CNSA avec les conseils généraux autorisent donc le reversement de ces subventions (18 179 000 € en 2010), pour favoriser la cohérence entre les objectifs d'organisation territoriale et les programmes de modernisation ainsi financés.

Le maillage du territoire national par des conventions départementales, annoncé comme prioritaire dès 2007 et 2008, atteint fin 2010 un peu plus de la moitié de la cible finale : en 2010, dix-neuf conventions départementales ont pu être signées ou renouvelées pour un montant annuel de subvention de 4 227 809 €, ce qui porte le nombre des départements couverts à cinquante-trois. Le processus de conventionnement est long parce qu'il implique en amont une volonté du conseil général, puis l'élaboration d'un état des lieux de l'offre et des besoins et la déclinaison locale des objectifs nationaux. La CNSA expertise les demandes financières et s'assure que l'effort qui lui est demandé par le conseil général est équilibré. En moyenne, sur les cinquante-trois programmes départementaux ayant fait l'objet d'une convention, la CNSA finance 55 % du coût total, le conseil général 35 % et les autres financeurs 10 %.

La contractualisation avec les départements – Au titre de la section IV du budget de la CNSA



Départements couverts par une convention (à fin 2009)
Conventions signées en 2010
Départements non couverts

Le coût des programmes est aujourd'hui corrélé à la richesse relative du département et aux ambitions du programme de modernisation. L'évaluation des besoins réels d'un territoire reste difficile à appréhender et, par conséquent, la corrélation avec l'aide apportée par la CNSA ne peut être établie.

L'action départementale à destination de l'aide à domicile est de plus en plus globale, preuve d'une plus grande maturité, orientée vers la structuration du secteur (mutualisation des services, réflexion sur les systèmes d'information…) et intègre souvent une demande d'appui méthodologique. Une évaluation plus approfondie est prévue en 2011, visant à mesurer les résultats ainsi atteints.

L'appui aux programmes de développement de la qualité des têtes de réseau

Le financement de la modernisation du secteur de l'aide à domicile par le biais des grands opérateurs nationaux (11 800 000 € en 2010) vient compléter le dispositif territorial. Pour éviter le risque de double financement d'une association locale et conforter la politique de modernisation portée par les réseaux, les structures adhérentes doivent privilégier le programme de leur réseau.

Les conventions avec les grands opérateurs du secteur (UNA, ADMR, ADESSA, FEPEM, UNCCAS) ayant été renouvelées à partir de 2008 et surtout en 2009, la CNSA a poursuivi ce conventionnement en 2010 avec d'autres réseaux, parfois sur des programmes plus spécifiques.

Six nouvelles conventions ont été signées pour un montant total de subvention de 5 614 344 €.

- La convention signée avec la Croix-Rouge le 22 janvier 2010 porte sur un programme de 2 105 606 € sur deux ans que la CNSA soutient à hauteur de 1 202 301 € (57,1 %). Il a pour objectif la modernisation des systèmes d'information « métier des services à domicile » grâce à la dématérialisation des dossiers et à la télégestion, l'amélioration de l'organisation des services, l'accompagnement du déploiement de la démarche qualité et de la certification et l'amélioration de l'accompagnement des nouveaux salariés et des contrats aidés dans le cadre de la valorisation des métiers du domicile, grâce à la formation de tuteurs et à un partenariat avec Pôle Emploi.
- Une convention signée le 26 août 2010 avec ASSISTEO conduit la CNSA à accompagner son programme de modernisation très axé sur la gestion et la diversification des prestations offertes, mais aussi sur le renforcement des services de coordination médico-sociale. Ce réseau totalise trente-cinq centres d'aide à domicile, véritables espaces d'accueil pour les personnes âgées en centre-ville. La CNSA soutient à hauteur de 420 750 € (55 %) un programme global de 765 000 €.
- La convention signée avec le réseau ADHAP Services le 6 décembre 2010 permet d'apporter 2 763 614 € sur 4 473 116 € (61,8 %) au programme 2010-2011 de cet opérateur, qui regroupe cent dix-sept franchisés et trente-huit relais en zones plus rurales. Dans la continuité du processus de certification qualité de son réseau engagé depuis 2006, le programme financera la mise en place d'un logiciel métier commun et celle d'une démarche de gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences (GPEC) pour une partie de ses salariés.

La formation des aidants de malades Alzheimer : premier bilan

La convention signée entre l'association France Alzheimer, l'État et la CNSA le 24 novembre 2009 met en œuvre pour la première fois la compétence de la CNSA en matière de financement de la formation des aidants familiaux. La CNSA apporte 651 968 € sur un coût total de 814 960 €.
Le programme de 15 mois qui y est défini prévoit la formation de 100 formateurs en 2009 et 240 en 2010. Ils interviendront par binômes composés d'un psychologue professionnel et d'un bénévole aidant familial. C'est à eux qu'est confiée la formation de 240 aidants en 2009, et de 4 000 en 2010.
Le programme prévoit également l'élaboration d'outils pédagogiques et leur évaluation.

La mise en œuvre s'est confrontée à la réalité d'une montée en puissance progressive.
Sur l'exercice 2010, 84 psychologues et 122 bénévoles ont suivi les formations, et rejoignent les 198 participants psychologues et bénévoles déjà formés en 2009 (115 dans le cadre de la convention). Début 2011, 95 associations auront formé un ou plusieurs binômes (soit 404 personnes formées en tout).
En ce qui concerne les aidants eux-mêmes, 249 actions de formation auront pu être animées dans 80 départements et 166 villes pour environ 2 800 familles.

- La convention signée le 20 décembre 2010 avec HANDEO apporte à cette enseigne de services spécialisée dans l'aide aux personnes handicapées 612 000 € entre 2010 et 2013 (soit 26 % du coût global) pour soutenir son programme Sésame, destiné à faciliter la vie en milieu ordinaire des personnes handicapées.
- La convention signée le 27 décembre 2010 avec le réseau Camélia SAICRE-SAP engage la CNSA à hauteur de 225 679 € dans le financement du programme de modernisation de ce réseau, qui accompagne quatre mille personnes sur la région Rhône Alpes.
- Par la convention signée avec l'Institut FEPEM de l'emploi familial le 23 décembre 2010, la CNSA soutient le déploiement du réseau des relais d'assistants de vie à hauteur de 390 000 € sur 838 944 € (soit 46,5 %). Ce dispositif innovant a été mis en place pour sensibiliser les assistants de vie recrutés par des particuliers employeurs aux bonnes pratiques professionnelles et rompre leur isolement.

La professionnalisation passe quant à elle par les OPCA intervenant dans le secteur de l'aide à domicile : UNIFORMATION a signé le 8 septembre 2010 un avenant à la convention-cadre conclue avec la CNSA pour définir les objectifs quantitatifs de formation pour les années 2010 et 2011, et élargir la nature des qualifications éligibles à la fois pour les personnels et l'encadrement. Pour l'année 2010, le cofinancement de la CNSA s'élève à 13 M€ pour un montant prévisionnel de projets de formation évalué à 25 897 000 €.

Le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), qui avait initialement conventionné avec la CNSA pour les professionnels des établissements et services médico-sociaux, a décidé d'étendre le champ de son action aux professionnels de l'aide à domicile travaillant au service des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées, dans des structures gérées par les collectivités territoriales (centres communaux d'action sociale ou centres intercommunaux d'action sociale). Depuis le 6 septembre 2010, ils peuvent s'engager plus facilement dans un parcours de validation des acquis de l'expérience pour obtenir un diplôme d'auxiliaire de vie sociale ou d'assistant de vie aux familles. La CNSA a apporté 300 000 € au CNFPT pour participer au financement de cinq cents parcours entamés en 2010.

Technologies au service de l'autonomie : un partenariat durable avec l'Agence nationale de la recherche

L'un des leviers de l'adaptation de l'innovation aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées est le financement de projets de nouvelles technologies au service de l'autonomie.

Depuis 2007, la CNSA s'est engagée dans le développement de l'innovation avec l'Agence nationale de la recherche (ANR), avec laquelle elle cofinance ainsi deux appels à projets de recherche.

TecSan : cet appel à projets est lancé tous les ans. La CNSA lui consacre 1 M€ par an. Elle a financé quatre projets en 2007, trois projets en 2008 et deux projets en 2009. En 2010, les thématiques prioritaires étaient la télésanté et le développement de technologies ou de services innovants au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En raison du peu de réponses sur la question de l'autonomie, un seul projet a pu être financé par la CNSA pour 735 755 € – « CIRDO : un compagnon intelligent répondant au doigt et à l'œil » – présenté par le Laboratoire d'informatique en image et systèmes d'information – Équipe SAARA (LIRIS – SAARA).

Le programme européen Ambient Assisted living : la CNSA y est engagée pendant sept ans, jusqu'à 1 M€ par an. Trois projets ont été financés par la CNSA en 2008, et six en 2009. En 2010, la CNSA cofinance les six projets retenus pour la France sur la thématique suivante : « les technologies de l'information et de la communication au service de l'autonomie et la participation des personnes âgées dans la société Auto-service ».

L'appui à la modernisation des systèmes d'information du secteur de l'aide à domicile

L'amélioration de la performance du secteur passe par la modernisation des systèmes d'information, que ce soit pour renforcer l'efficacité des interventions et de la gestion (télégestion, notamment) ou suivre l'activité.

Le premier levier d'action est financier. C'est la raison pour laquelle la CNSA et l'État ont signé deux avenants aux conventions de partenariat avec l'ADMR et UNA en 2008 et 2009 portant sur les systèmes d'information, respectivement le 5 mars et le 12 mai 2010. Les subventions accordées à UNA (6,2 M€) et à l'ADMR (7,4 M€) permettront d'apporter un soutien à l'équipement du réseau et de proposer des solutions innovantes pour repenser l'architecture du système d'information du réseau en tenant compte des besoins des adhérents et des partenaires institutionnels.

Un enjeu important concerne la structuration des systèmes d'information, de manière à favoriser l'échange d'informations entre les réseaux d'aide à domicile et leurs partenaires (conseils généraux, caisses régionales d'assurance vieillesse...). C'est le projet qu'a nourri l'association ÉDISANTÉ, qui promeut la normalisation des échanges de données informatisées dans le domaine de la santé et les services à domicile. La CNSA a confirmé en 2010 son appui financier à hauteur de 117 697 € (soit 49,9 %) à cette initiative, qui a pour objectif d'élaborer des prénormes d'échanges dès le milieu de l'année 2012.

Enfin, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), la CNSA et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se sont associées pour mettre en place une procédure de tiers payant des cotisations sociales pour le chèque emploi service (CESU) utilisé dans le cadre de l'emploi direct. Il s'agit de faciliter le recours à ce moyen de paiement. Les travaux conduits en 2010 en partenariat avec les conseils généraux ont permis de mettre au point une procédure nationale dématérialisée de paiement.
La gestion des informations nécessaires au calcul des cotisations se fera par un échange dématérialisé entre les conseils généraux et le Centre national du CESU au moyen d'un outil informatique interfacé avec les systèmes d'information des conseils généraux et des émetteurs. Cet outil est développé par l'ACOSS. Il est financé par l'ANSP, la CNSA, l'ACOSS et les conseils généraux utilisateurs de ce service.
Cette solution mutualisée permettra aux départements de ne pas solliciter leurs éditeurs de systèmes d'information pour des développements coûteux. Une fois acquitté le droit d'entrée dans le dispositif, ce système ne génère aucun coût pour les départements.

Former et soutenir les aidants familiaux : des expérimentations avant le déploiement

La place des aidants familiaux dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie fait l'objet à juste titre d'une attention croissante du discours et de l'action publics. L'engagement de la CNSA sur ce sujet a été initié avec l'appel à projets mis en œuvre en 2007 dans le prolongement de la Conférence de la famille de 2006. Il s'est concrétisé en 2010 par plusieurs actions, qui devraient s'élargir à l'avenir.

Le pilotage des actions du plan Alzheimer à destination des aidants

La CNSA est pilote de la mesure 1 du plan Alzheimer consacré au développement et à la diversification des solutions de répit. Outre le financement et le suivi des créations de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, elle finance également les expérimentations de « plates-formes de répit » sur onze sites. Ces plates-formes doivent à terme favoriser la diversification des solutions de répit, qu'il s'agit en 2010-2011 de modéliser à partir de l'expérience de dix-huit porteurs de projet de formule innovante retenus dans le cadre de l'appel à projets lancé au premier semestre 2010.
En parallèle, la CNSA a engagé, à partir de l'appel à projets de 2006, un travail d'évaluation des solutions de répit à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le cadre d'une collaboration avec le centre de gestion scientifique de l'École des mines. Un partenariat a également été établi avec l'association France Alzheimer pour évaluer et expérimenter le déploiement des actions de soutien aux aidants mis en œuvre par cette association.

L'enjeu de la formation des aidants familiaux

La loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », a étendu le champ de la section IV du budget de la CNSA au financement de la formation des aidants et des accueillants familiaux.
La mise en œuvre de la première convention signée avec France Alzheimer en 2009 sur la base de cette nouvelle compétence a été suivie dans le cadre d'un comité de pilotage réunissant, autour de l'association, la

L'expertise de la CNSA sollicitée pour l'élaboration des futures conditions de prise en charge des fauteuils roulants

Depuis 2007, la CNSA participe aux travaux du Comité économique des produits de santé (CEPS), dont elle est membre, sur l'élaboration de la future nomenclature des véhicules pour personnes handicapées (VPH), dite « nomenclature modulaire ». Ce chantier de longue haleine a été relancé par le CEPS, afin de revoir les conditions de remboursement par l'assurance maladie des fauteuils roulants à la suite de la révision de la nomenclature par la Haute autorité de santé. Cette révision a comme objectifs de :
– répondre aux besoins des personnes en situation de handicap en permettant une meilleure adéquation des réponses aux solutions techniques offertes par le marché ;
– rembourser les VPH au plus près de la dépense supportée par les utilisateurs ;
– fournir aux professionnels une aide à la préconisation et à la prescription.
L'expertise de la CNSA a été mobilisée pour :
– modifier la nomenclature et les tarifs, en s'appuyant sur sa connaissance du marché et des usages des VPH ;
– participer aux échanges avec les acteurs économiques du secteur ;
– assurer les premières actions d'appropriation par les futurs utilisateurs.
L'avis de projet de la nouvelle nomenclature modulaire a été publié en 2010.
Sans attendre la fin de la phase d'observation destinée à recueillir les avis des acteurs du marché, il a paru nécessaire de commencer à informer les acteurs qui auront à l'utiliser afin de faciliter l'appropriation de ce nouvel outil. Deux réunions, en collaboration avec le Centre étude et recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH), ont ainsi été organisées en 2010 : la première avec les membres de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques et l'autre avec l'ensemble des fabricants de VPH homologués en France.
Ce dossier est l'occasion d'un mode d'échanges collaboratif et constructif avec l'ensemble des acteurs. Pour preuve, la qualité et le nombre des remarques et propositions dont le CEPS et la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) ont été destinataires durant la phase réglementaire d'observations. Celles-ci vont amener les différentes commissions à un long travail d'analyse, qui devrait aboutir à une publication définitive du projet en fin d'année 2011.

CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale. Le bilan établi fin 2010 a mis en évidence que les objectifs n'avaient pu être totalement atteints en raison du temps nécessaire pour installer les actions de formation. La disponibilité et la mobilité des familles restent un frein majeur. Par ailleurs, le financement unitaire des actions de formation devra être revu à la hausse (le coût d'une session est plus proche de 1400 € que des 1040 € prévus). Il a été convenu de prolonger ce partenariat en 2011 *(cf. encadré page 80)*.

Le déploiement de cette nouvelle compétence de la CNSA en direction des aidants familiaux s'est heurté en 2010 à un problème de moyens humains au sein de la CNSA, qui devra être examiné dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec l'État, en cours de discussion. Une seule autre convention a pu être signée en direction des aidants de personnes aphasiques, le 27 mai 2010, les demandes d'autres associations n'ayant pu être traitées.

Appuyer le déploiement de l'innovation en matière d'aides techniques et technologiques

Pour favoriser l'accès des personnes en perte d'autonomie aux aides techniques, la loi a confié à la CNSA une mission d'information et de conseil ; elle doit également *« contribuer à l'évaluation de ces aides et veiller à la qualité des conditions de leur distribution »*.

Éclairer les conditions économiques de l'accès aux aides techniques

Depuis son installation, la CNSA s'est attachée à participer aux instances chargées des aides techniques et dispositifs médicaux, tel le Comité économique des produits de santé où elle a voix consultative ; ou à créer des lieux d'échange tel l'Observatoire pour le marché et les prix des aides techniques. L'année 2010 a, en la matière, vu le prolongement de travaux engagés antérieurement, comme l'élaboration de la nouvelle nomenclature sur le fauteuil roulant *(cf. encadré ci-dessus)*.

L'Observatoire, qui avait commandé une étude sur les aides techniques en Europe en 2009, a élaboré les axes d'une étude sur le prix des aides techniques en France. Celle-ci sera lancée en 2011.
Fin 2010, le président de l'Observatoire, Éric Molinié, a été nommé président de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et a quitté ses fonctions.

Appuyer le développement des solutions innovantes

Afin d'accélérer la mise au point et l'usage d'aides techniques ou de dispositifs innovants (intégrant notamment les technologies de l'information et de la communication) et concourant à la compensation d'un ou plusieurs handicaps, la CNSA avait lancé fin 2009 un appel à candidature pour la création de centres d'expertise nationaux sur les aides techniques.

L'expérimentation est lancée depuis décembre 2010, après une sélection qui a permis de retenir quatre porteurs de projet sur les thématiques identifiées puis un travail complémentaire avec eux afin de bien définir les dispositifs que l'on cherche à modéliser.
- Mobilité : le CEREMH.
- Stimulation cognitive : STIMCO.
- Robotique : projet présenté par le groupe Languedoc mutualité.
- Interface : Mutualité française Anjou Mayenne.

À l'issue de l'expérimentation de deux ans, les centres devront avoir trouvé leur modèle de pérennité économique et fonctionner sans subvention de la CNSA.
Pour chaque thématique, le centre d'expertise national associe des laboratoires de recherche et d'innovation, des professionnels de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, des usagers et des industriels. Son but est d'accompagner le développement et l'amélioration de nouvelles aides techniques résultant d'une analyse de besoins et apportant une réponse adaptée aux situations spécifiques de handicap et de perte d'autonomie. Chaque centre inscrira son action dans un réseau international d'expertise.

Concrètement, **un centre expert national sera à la fois :**
- un **centre de ressources,** qui collectera, validera et normalisera une information exhaustive sur sa thématique. Cette information disponible sera diffusée à l'ensemble des acteurs (professionnels et usagers) ;
- un **centre d'essai,** qui mettra à disposition du matériel et formera les professionnels du handicap intéressés par l'utilisation de certaines aides sophistiquées ;
- un **centre de veille technologique** pour un suivi de l'évolution des produits ;
- un **centre de formation continue** sur l'évaluation des besoins des personnes pour les professionnels du handicap ;
- un **centre de recherche et d'innovation,** qui favorisera l'expression des besoins des utilisateurs dans les programmes de recherche et d'innovation, et fédérera les compétences autour d'un projet de conception et/ou de développement et/ou d'industrialisation et/ou de distribution d'une aide technique.

Le soutien financier de la CNSA, pour deux ans, doit fournir le temps nécessaire à ces centres de démontrer leur utilité et de construire un modèle économique durable, qui devra s'appuyer sur les dispositifs de soutien de la recherche et de l'innovation, tout en bénéficiant des financements des aides techniques elles-mêmes par les éléments ciblés de la prestation de compensation du handicap.

Par ailleurs, la CNSA poursuit son partenariat avec l'Agence nationale de la recherche pour le financement d'appel à projets de recherche dans le champ des nouvelles technologies pour la santé et l'autonomie (TecSan) *(cf. encadré page 81)*. Elle participe depuis 2010 au conseil scientifique de l'institut thématique multiorganisme Technologies de la santé, ce qui lui permet d'articuler sa politique en la matière avec celle des autres grands opérateurs œuvrant dans ce champ et de s'assurer que les technologies au service de l'autonomie sont bien prises en compte.

Dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la dimension médicale et la dimension sociale sont étroitement liées, la perte d'autonomie est lourde et la maladie réinterroge l'ensemble des dispositifs qui tentent de la compenser. Au Centre Kuzh-Héol, EHPAD spécialisé du Finistère, les résidents désorientés bénéficient d'un lieu de vie et de thérapie rassurant, notamment un jardin favorisant une stimulation multisensorielle : bruissement du vent dans les arbres, eau qui coule, chants d'oiseaux, odeurs... l'ensemble rappelant le souvenir d'un paysage où l'on a vécu « avant ».

CHAPITRE 5

ÉTUDES, RECHERCHE, INNOVATION

Développer et diffuser la connaissance

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

Soutenir et structurer le champ de la recherche sur le handicap

Le rapport de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) a rappelé le constat d'une recherche sur le handicap insuffisamment structurée et développée pour répondre aux sollicitations qui lui sont adressées par des financeurs de la recherche tels que la CNSA. Les résultats, parfois décevants, des premiers appels à projets lancés par la CNSA en partenariat avec d'autres institutions ont conduit à envisager des actions complémentaires de soutien et de structuration.

La montée en puissance de l'appel à projets permanent de soutien à la recherche

La CNSA et la mission recherche de la Direction de la recherche, de l'évaluation des études et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales ont renouvelé en 2010 l'appel à projets permanent de recherche initié en 2009. Celui-ci a en effet vocation à s'inscrire durablement dans le paysage du financement de la recherche sur le handicap en France afin d'encourager des équipes de recherche à investir ces questions sur le long terme.

En 2010, l'appel à projets permanent a été instruit en deux vagues (avril et septembre). Au-delà des modalités de soutien définies en 2009, a été ajouté un volet dédié à des projets de recherche exploitant les données des enquêtes mises à disposition (Handicap santé, Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées – EHPA, Enquête Établissements sociaux – ES…). Comme en 2009, c'est la DREES qui assure la gestion et l'animation scientifique de l'appel à projets, tandis que la CNSA apporte la plus grande part des financements (786 662 €, soit 75 %) aux projets de recherche.

La montée en puissance du nombre et de la qualité des projets déposés qui a pu être constatée entre 2009 et 2010 témoigne d'une inscription réussie dans le paysage du financement de la recherche. La DREES et la CNSA vont ainsi prolonger cette action en 2011 en se rapprochant de l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) pour la gestion et l'animation scientifique de l'appel à projets.

Des projets de soutien à la constitution de chaires

Afin d'aller plus loin dans la démarche de soutien à la recherche, la CNSA a donné son accord à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour financer les trois chaires qu'elle a décidé de mettre en place dans le cadre de la Maison des sciences sociales du handicap. Le projet présenté à la CNSA s'appuie sur les constats du rapport piloté par le directeur de l'EHESP, le professeur Antoine Flahaut, et réalisé par Denis Chastenet. Il a conduit l'EHESP, école historique de formation des cadres de la santé publique, à vouloir renforcer le lien entre formation et recherche, de manière à favoriser l'innovation, la créativité, la qualité de service et l'efficacité.
La CNSA participera ainsi au financement de trois chaires :

- la chaire « Participation sociale et situations de handicap » autour de l'épidémiologie sociale, confiée à Jean-François Ravaud (INSERM) ;
- la chaire « Handicap psychique et décision pour autrui », centrée sur l'anthropologie et l'économie, pilotée par Florence Weber (École normale supérieure) ;
- la chaire « *Social Care* : lien social et santé », faisant appel aux sciences politiques et à la sociologie, essentiellement orientée sur les personnes âgées, et pilotée par Claude Martin (CNRS).

Ces chaires verront le jour en 2011.

Participation à de nombreuses instances de coordination

Conformément aux termes de la loi, la CNSA s'est rapprochée d'autres institutions et administrations compétentes dans le champ de la recherche pour lancer des actions. Forte de son implication importante, aux côtés de l'Agence nationale de la recherche (ANR), dans le financement de la recherche sur les technologies de la santé et de l'autonomie, elle a ainsi été accueillie au Conseil scientifique de l'Institut thématique multiorganismes des technologies pour la santé. Elle est membre fondateur depuis 2008 de la Fondation de coopération scientifique Alzheimer et maladies apparentées, mise en place dans le cadre du plan Alzheimer et maladies apparentées, qui lance notamment des appels à projets dans le champ des sciences humaines et sociales.
La Caisse est également membre fondateur de l'IRESP. En 2010, elle a pris part à la définition des appels à projets lancés dans ce cadre : l'appel à projets de l'IRESP portait sur trois axes (santé mentale et recours aux services de santé, médico-sociaux et sociaux ; prévention ; prospective sur les nouveaux paradigmes en matière de santé).

De plus, la CNSA participe à la quatrième édition de l'appel à projets de l'ANR sur les technologies pour la santé et l'autonomie, l'appel à projets européen *« Ambient assisted living »* (AAL, assistance à la vie autonome). En coopération avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui assure la coordination de la participation française au programme, la CNSA et la DREES participent à un appel à projets commun dans le cadre du réseau européen ERA-AGE sur le vieillissement : le programme *Future Leaders of Ageing Research in Europe* (*FLARE*, deuxième édition)

Études et recherche : sortie des premiers résultats

La CNSA a pour mission de lancer des actions de recherche en partenariat avec d'autres institutions : la section V de son budget, dotée de 20 M€ par an, est dédiée principalement au financement d'études, recherche et actions innovantes. Un programme d'action annuel, arrêté conjointement avec l'État, après avis du Conseil de la Caisse, définit les dix axes prioritaires et identifie les projets à lancer ou les thématiques précises sur lesquelles des partenaires extérieurs peuvent solliciter un soutien financier de la CNSA. Le dispositif de soutien aux études, à la recherche et à l'innovation fonctionne selon trois modalités particulières :

- par appel d'offres de la CNSA lorsque l'initiative vient d'elle et implique l'appui d'un prestataire extérieur ;
- ou par appel à projets ponctuel, lancé avec d'autres institutions (six en 2010) ;
- ou sous forme d'un appel à projets courant toute l'année, qui ménage cinq fenêtres d'instruction par an : quarante projets ont été directement financés par la CNSA en 2010.

En 2010, ces différents projets ont mobilisé 24,9 M€. Les projets soutenus sont souvent conduits sur une période qui va de dix-huit mois pour des études et expérimentations à trois ans pour des projets de recherche. L'année 2010 a vu, par conséquent, les premiers résultats des investissements lourds engagés dans des enquêtes ou des projets de recherche. Ils permettent d'améliorer aujourd'hui les connaissances et d'identifier les axes futurs à privilégier.

Enquête Handicap santé : premières exploitations

L'enquête Handicap santé est la nouvelle édition de l'enquête Handicap – incapacité – dépendance (HID) en population, réalisée par l'INSEE et la DREES. Elle comprend différents volets, notamment une enquête de filtrage (INSEE, enquête Vie quotidienne et santé, 2007), une enquête Handicap santé en ménages ordinaires (HSM, réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008) et une enquête Handicap santé en institution (HSI, réalisée par l'INSEE et la DREES, collecte fin 2009). Une enquête sur les aidants informels a été adossée à l'enquête Handicap santé en ménages ordinaires (HSA, DREES, 2008), afin de mieux connaître cette population. Les échantillons interrogés sont très importants (trente mille répondants). Un module européen y a été inclus, qui permet la comparaison avec les données produites par des enquêtes réalisées dans d'autres pays de l'Union européenne.

La CNSA est associée à la conception, au financement (à hauteur de 408 797 €), et à l'exploitation de ces enquêtes qui représentent des outils uniques de connaissance des personnes en situation de handicap, qu'elles vivent à leur domicile ou en institution.
Les objectifs de l'enquête Handicap santé (volets HSM et HSI) sont :

- d'estimer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes (en assurant autant que possible une comparabilité avec l'enquête précédente HID) ;
- de décrire la nature, la quantité et l'origine des aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits ;
- de mesurer les désavantages sociaux subis par les personnes handicapées ;
- d'évaluer les flux d'entrée en incapacité (à partir d'une interrogation rétrospective sur la date à laquelle les incapacités déclarées sont apparues) ;
- de mesurer certains indicateurs annexés à la loi de santé publique ;
- d'intégrer les modules européens élaborés par Eurostat (*European Core Health Interview Survey*).

L'objectif principal de l'enquête Aidants informels est de caractériser les aidants non professionnels (famille, amis, voisins, etc.) de personnes ayant déclaré dans l'enquête Handicap santé 2008 avoir des difficultés à réaliser certains actes de la vie quotidienne en raison d'un handicap, d'un problème de santé ou de leur âge.

La DREES a publié les premiers éléments de cadrage du volet Santé des ménages en 2010 et la CNSA s'est associée à la DREES pour lancer un appel à projets d'exploitation secondaire de cette enquête. Quatre projets ont été sélectionnés. Les bases de données de ces enquêtes

Le soutien à la recherche conduit par la DREES et la CNSA

Dans le cadre d'un partenariat de soutien à la recherche conclu en décembre 2008, la DREES et la CNSA ont mis en place un appel à projets (AAP) permanent destiné à développer et à structurer la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie.

Les thématiques inscrites dans l'AAP incluent la connaissance des personnes en perte d'autonomie et de leurs besoins, les aides techniques, les aidants, l'habitat, les établissements et services médico-sociaux d'accueil, les représentations et mobilisations sociales du handicap ou de la dépendance, l'insertion scolaire et professionnelle des personnes handicapées, le droit des personnes dépendantes. Sont exclus les projets portant sur l'accessibilité des lieux publics et des transports, et les expérimentations thérapeutiques de traitement ou de rééducation, qui sortent du champ d'action de la CNSA.

Le soutien se fait à différents niveaux :

– des projets individuels concernant la valorisation de recherches, la participation à des missions ou à des manifestations, ou l'aide au montage de projets de recherche français et européens ;

– le développement de réseaux de recherche sur le handicap ;

– un prix de recherche dans le domaine du handicap attribué au meilleur mémoire de master 2 et à la meilleure thèse de doctorat ;

– l'appel « blanc » à recherches (pour le soutien aux jeunes chercheurs).

Les projets de recherche sont financés pour deux ans maximum, la pluridisciplinarité des projets est un critère de sélection privilégié.

Après deux années de fonctionnement, l'AAP a permis le financement de quatorze projets sur trente-deux dossiers reçus en 2009 et de vingt-cinq sur soixante déposés en 2010.

Les disciplines abordées sont la sociologie, l'histoire, l'architecture, l'économie, la psychosociologie, l'économie-gestion, la sociologie-anthropologie, la neuropsychologie cognitive, l'épidémiologie, le droit, les sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), les sciences politiques, l'anthropologie et socio-histoire et, enfin, les pratiques professionnelles.

De premiers résultats de recherche disponibles

Quatre projets avaient été retenus dans l'appel à projets lancé en partenariat avec la Haute autorité de santé en 2007 sur la question de l'évaluation et de l'amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie autour de trois thèmes :
– amélioration de l'accès aux soins primaires et préventifs des personnes en perte d'autonomie ;
– évaluation de la qualité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au sein de différentes structures ;
– amélioration de l'orientation des personnes en perte d'autonomie pour une prise en charge adaptée.
Le projet d'**Alain Colvez** (**Géronto-Clef**) sur le devenir de la charge des aidants après hébergement temporaire (HT) de l'aidé a montré que si l'HT offre un répit avant le retour à domicile dans la majorité des cas, il s'accompagne rarement d'un projet construit en lien avec les services à domicile et que la charge pour les aidants reste inchangée.
Matthieu De Stampa (**Hôpital Sainte-Perrine**) a montré qu'un programme de coordination des services pour personnes âgées dépendantes pouvait influer sur la qualité des soins, l'état de santé et les parcours de soin, notamment en diminuant le recours aux urgences. La participation active des médecins traitants peut expliquer en partie ces résultats.
L'étude menée par **Alain Grand** (**Faculté de médecine de Toulouse – Purpan**) sur les équipes mobiles gériatriques (EMG) dans la prise en charge des personnes âgées fragilisées a permis l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs pour le pilotage des équipes et l'évaluation de la performance. Cette étude a montré la faisabilité de la mise en œuvre des indicateurs, et les difficultés liées aux procédures de recueil et à l'interprétation de leurs résultats.
Antoine Hennion (**CSI École des Mines**) s'est intéressé aux capacités du quotidien, au travers de l'interview de sept personnes bénéficiant de soins à domicile du fait de leur handicap ou de leur dépendance. La restitution minutieuse de cas très contrastés montre la variété des façons de faire inventées au jour le jour par les personnes impliquées (personne aidée, proche, chaque aidant en particulier, collectif de soin, réseau social environnant).

sont à la disposition des chercheurs qui souhaitent les exploiter. L'Institut fédératif de recherche sur le handicap de l'INSERM et la DREES ont conclu en 2010 un partenariat pour l'aide à l'exploitation et la valorisation des travaux menés sur ces enquêtes.

Arrivée à échéance des premiers appels à projets de recherche

Depuis 2007, la CNSA a été associée à seize appels à projets de recherche et a financé certains des projets retenus. Il convient d'y ajouter les deux éditions de l'appel à projets permanent de soutien à la recherche : sept avec l'ANR sur les nouvelles technologies *(cf. page 81)*, un avec la Haute autorité de santé sur l'évaluation et l'amélioration de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, cinq avec la DREES-MiRE, et quatre dans le cadre de l'IRESP, dont un appel à cohortes. La CNSA a par ailleurs participé à l'élaboration des deux appels à projets en sciences humaines et sociales lancés par la Fondation de coopération scientifique Alzheimer, sans pour autant contribuer à leur financement, celui-ci étant prévu dans le cadre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Les premiers projets qui ont livré leurs résultats en 2010 sont ceux de l'appel à projets de la Haute autorité de santé

La CNSA met en place, avec ses partenaires, une stratégie de valorisation des projets soutenus dans le cadre d'appels à projets, afin que leurs résultats puissent irriguer la communauté scientifique, mais également les opérationnels intéressés à recueillir des enseignements utiles pour l'amélioration des pratiques et des politiques.

La politique de valorisation concerne également les projets financés directement par la CNSA, même s'il ne s'agit pas toujours de projets de recherche. Les résultats des études et expérimentations d'actions innovantes ainsi soutenues par la CNSA ont vocation à éclairer les responsables des politiques publiques, mais aussi les opérateurs, dans la conduite de leur action. En 2010, une soixantaine de fiches de synthèse sur les projets arrivés à échéance jusqu'en 2009 ont été élaborées. Celles-ci seront les supports de la diffusion des connaissances auprès des publics cibles qui seront identifiés.

Développer la connaissance sur les modèles étrangers de l'aide à l'autonomie

La loi a confié à la CNSA une mission de *« coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet »*. L'ouverture à l'international doit permettre de nourrir l'expertise qui est attendue de la CNSA dans différents domaines.

Jusqu'en 2009, la CNSA n'avait que ponctuellement investi le domaine international. Ouvertes à des chercheurs étrangers, les Rencontres scientifiques de la CNSA organisées en février 2009 ont constitué une première expérience fructueuse d'échanges, suivie d'une étude sur les aides techniques dans quatre pays européens, sous l'égide de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques. L'année 2010 a permis de mieux organiser cette action.

S'informer sur les bonnes pratiques et les écueils révélés par les expériences étrangères

L'échange d'expériences avec des pays dont les enjeux sont comparables à ceux de la France met en lumière les solutions les plus efficaces et les écueils à éviter concernant l'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

La CNSA a tout d'abord participé à des réunions internationales sur différents thèmes : le concept central de ***« Care »*** lors de la dernière conférence annuelle de Social Platform (Bruxelles, novembre 2010) ou encore les moyens financiers et humains requis par les politiques pour l'autonomie grâce à une réunion d'experts organisée par l'OCDE (Paris, novembre 2010). La représentation de la CNSA à une conférence à la *London School of Economics and Political Science*, en septembre 2010, a permis de nouer un dialogue avec l'administration fédérale américaine, qui s'apprête à mettre en place une assurance publique, fédérale et facultative *(programme CLASS – Community Living Assistance Services and Supports)*.

Pour étudier plus en profondeur les aspects réputés les plus performants des modèles étrangers et identifier les meilleures pratiques tout en dépassant les idées reçues, la CNSA a organisé quelques missions ponctuelles à l'étranger. La démarche est montée en puissance en 2010 : trois déplacements, en Suède en août, en Italie en novembre et en Allemagne en décembre, ont permis d'enquêter respectivement sur un schéma de développement réussi du maintien à domicile, une politique volontariste de scolarisation des enfants handicapés et un modèle d'assurance dépendance obligatoire adossé à l'assurance maladie.

Encourager la naissance d'une réflexion internationale partagée

Pour stimuler les échanges internationaux sur les questions du handicap, de la perte d'autonomie et de son impact, la CNSA a organisé un cycle de trois séminaires internationaux sur ces thèmes en partenariat avec le Comité français pour l'action et le développement social (CFADS), réunissant des acteurs français de la protection sociale, des membres du comité, et des conseillers sociaux des ambassades en poste à Paris : le premier,

en juin 2010, était consacré au financement à partir des exemples britannique et allemand, le deuxième, en octobre, à l'articulation entre l'accompagnement à domicile et en établissement, à partir des exemples de la Suède et de l'Espagne. Le troisième a eu lieu en décembre 2010 sur le thème « Aidants professionnels et informels : équilibres et soutien mutuel. Trois exemples de politiques publiques : la France, les Pays-Bas et le Québec ».

Diffuser la connaissance par une politique d'information renforcée

Le rôle d'expertise et d'animation de réseau de la CNSA implique l'échange et la diffusion des connaissances produites aux partenaires. C'est pour répondre à cette exigence qu'une politique d'information, qui vient en appui des actions menées par les directions métiers de la CNSA, a été mise en place.

S'agissant d'une information professionnelle, les publics prioritaires sont les institutions membres du Conseil, parmi lesquelles les représentants des fédérations d'établissements, des professionnels des secteurs santé, social et médico-social et des usagers, ainsi que les services de l'État, et les réseaux (agences régionales de santé, maisons départementales des personnes handicapées et conseils généraux). Chercheurs et sociétés savantes sont également intéressés aux informations relatives aux actions d'études et de soutien à la recherche. Enfin, puisqu'il est demandé au Conseil de la CNSA de faire part au Gouvernement et au Parlement des conditions de prise en charge de la perte d'autonomie et de ses recommandations pour les améliorer, cette politique d'information concerne également un public moins spécialisé.

Marie-Eve Joël,
Présidente du Conseil scientifique de la CNSA

Extrait de l'interview parue dans la *Lettre de la CNSA* de juin 2010.

En tant qu'économiste, vous vous êtes consacrée au vieillissement des populations bien avant que cela ne préoccupe notre société. À quand peut-on dater la prise de conscience d'une problématique ?
Il y a deux moments forts. Les premiers rapports officiels sur le sujet paraissent dans les années 1980. Les chercheurs commencent à se préoccuper de la question et sont surpris de leurs découvertes. Ils s'aperçoivent que les retraités sont « bien pensionnés ». Ils constatent, grâce au recensement de 1982, que l'espérance de vie et que la population française sont plus importantes qu'ils ne le croyaient. Néanmoins, les personnes âgées sont moins nombreuses entre les années 1994 et 1998 en raison de la baisse de la natalité pendant la Première Guerre mondiale. Il n'y a donc pas, à cette époque, de pression sur l'opinion publique au sujet de la perte d'autonomie. Puis dans les années 2000, la dépendance devient plus visible, les premiers baby-boomers apparaissent. La pression politique sur le sujet des retraites et de la perte d'autonomie se fait alors sentir.

Le Conseil scientifique soutient fortement l'action de la CNSA dans sa collecte et son traitement des données sur la perte d'autonomie : pourquoi les chiffres manquent-ils à ce point ?
Tout d'abord, une considération générale : il y a un véritable déni du vieillissement et du handicap de la part de notre société, qui se veut jeune. Par ailleurs, les sciences humaines et sociales n'ont pas investi lourdement sur le sujet pendant de nombreuses années, à travers la mise en place de cohortes ou d'enquêtes de grande envergure, contrairement aux États-Unis, par exemple. Les chercheurs sont peu nombreux sur la question des incapacités et les équipes pluridisciplinaires susceptibles de porter la construction des données nécessaires sont en voie de constitution.

Le site internet : un outil de diffusion très consulté

Ouvert fin 2005, le site internet de la CNSA accueille en moyenne 1 150 connexions chaque jour (1,3 M connexions depuis sa création) ; près de trente deux mille liens externes pointent sur sa page d'accueil ou sur un article qu'il publie. Le site présente les missions de la CNSA, sa gouvernance, et retrace ses activités en temps réel ; il procure aux différents publics une information, une documentation, sur tous les champs de la perte d'autonomie que couvre la Caisse ; il permet aux directions métiers de diffuser des informations techniques ciblées (exemple : le plan d'aide à l'investissement), des appels d'offres (exemple : formation des professionnels des MDPH)…

Il trouve son public auprès des :
– internautes grand public souhaitant obtenir une information sur la CNSA ;
– internautes grand public concernés par le handicap ou la perte d'autonomie liée à l'âge ;
– autorités de tutelle ;
– ministères et partenaires représentés au sein du Conseil de la CNSA ;
– parlementaires et décideurs dans le cadre des débats publics entrant dans les champs couverts par la CNSA,
– agences régionales de santé et services déconcentrés de l'État ;
– collectivités territoriales ;
– professionnels du médico-social, du sanitaire et du social (établissements et praticiens) ;
– chercheurs et porteurs de projet ;
– enseignants et étudiants du travail social.

Divers outils sont en place pour répondre aux objectifs d'une communication institutionnelle, d'un côté, et d'animation de réseaux de l'autre, parmi lesquels le site internet de la CNSA, très visité *(cf. encadré ci-dessus)*.

La politique éditoriale en appui à l'exercice des métiers de la Caisse

Initiée autour de la diffusion d'une information synthétique sur les actions de la Caisse, elle s'est enrichie en 2009 et 2010 de documents techniques ayant pour objet la diffusion de travaux conduits par ou pour la CNSA.
Deux documents méthodologiques importants d'appui aux partenaires ont notamment été édités en 2010 :

- un *Guide de valorisation des données locales dans les champs du handicap et de la perte d'autonomie*, élaboré sous l'égide du Conseil scientifique de la Caisse. Il éclaire à la fois la complexité du domaine et la difficulté à répondre à ces interrogations, mais également les avancées menées sur ce sujet. Fort de près de trois cents pages, il constitue une brique de l'ensemble de la réflexion en cours pour une meilleure observation et évaluation des politiques publiques à destination des partenaires locaux et nationaux de la CNSA. Sa version électronique permet de naviguer par liens hypertextes d'un chapitre à l'autre ;
- un dossier technique *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*, reprenant les travaux des quatre ateliers d'échange de pratiques qui se sont tenus entre novembre 2009 et février 2010. Il s'adresse aux promoteurs et aux planificateurs du champ médico-social, notamment les agences régionales de santé et les conseils généraux.

L'organisation d'événements et de rencontres

De très nombreuses rencontres sous forme de réunions de travail sont organisées par la CNSA. Des séminaires plus importants sont organisés deux fois par an avec les directeurs des maisons départementales des personnes handicapées. En 2010, pour la première fois, le séminaire de juin s'est tenu sous forme résidentielle.

La CNSA est présente une fois par an dans un salon réunissant l'ensemble des acteurs du secteur. En juin 2010, elle disposait ainsi d'un stand au salon Autonomic, qui se tient tous les deux ans Porte de Versailles, à Paris.

CHAPITRE 6

LE FONCTIONNEMENT DE LA CNSA

Structuration et rationalisation

Installée depuis 2005, la CNSA a connu une montée en puissance très rapide, autant en termes d'effectifs que d'activité. Les fonctions supports ont été organisées pour suivre l'urgence de la mise en place. Afin de stabiliser le fonctionnement, des efforts de rationalisation et d'amélioration de l'organisation ont été entrepris. Ils se sont traduits, en 2010, par l'ouverture d'un certain nombre de chantiers, qui se poursuivront en 2011.

Huit directions au service des missions de la Caisse

Pour exercer ses missions, la CNSA est composée de huit directions.

La direction générale (DG)

Elle assure et coordonne l'ensemble des fonctions d'administration générale de la CNSA.
La direction scientifique est rattachée à la direction générale qui, au-delà de sa mission d'accompagnement de la structuration et de soutien aux milieux de la recherche sur le handicap, anime la politique de soutien aux études, la recherche et les actions innovantes financées par la section V de son budget.

La direction des établissements et services médico-sociaux

Cette direction est responsable :

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

La direction de la compensation de la perte d'autonomie

Cette direction est en charge :

- de l'expertise dans le domaine des référentiels, barèmes et méthodes d'évaluation du handicap et de la perte d'autonomie ;
- de l'information et du conseil sur les aides techniques ainsi que de la contribution à l'évaluation de ces aides et à la qualité des conditions de leur distribution. À ce titre, elle représente la CNSA au Comité économique des produits de santé ;
- de l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées de l'échange de bonnes pratiques, et de la recherche d'équité territoriale ;
- du suivi des indicateurs de qualité de service (conventions avec les départements) et de la modernisation de l'aide à domicile.

La direction financière (DF)

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

- elle ordonnance les dépenses et établit les titres de recettes ;
- elle gère le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans les établissements et services médico-sociaux ;
- elle gère les concours versés par la Caisse aux départements.

Elle réalise des documents d'analyse et de synthèse budgétaire et financière en liaison avec les autres directions et assure la cohérence des études économiques et statistiques qui y concourent.
Elle est en charge du contrôle interne de la Caisse et de la certification des comptes.
Elle assure le suivi de la trésorerie et procède au placement des excédents de trésorerie.

Les caractéristiques de l'équipe

Fin 2009, le plafond d'emploi de la CNSA a été augmenté de trois équivalents temps plein (ETP), passant de quatre-vingt-seize à quatre-vingt-dix-neuf ETP. Ce chiffre a été constant sur 2010.
La CNSA présente la caractéristique d'employer ses agents sous différents statuts, car bien qu'elle soit un établissement public à caractère administratif, la loi l'autorise à employer des salariés de droit privé. Ainsi, en 2010, soixante-dix-sept personnes étaient recrutées sous contrat de droit privé relevant de la convention collective applicable au personnel des organismes de sécurité sociale (UCANSS) (dont deux sous contrat à durée déterminée au 31décembre 2010), les autres étant des agents de la fonction publique.

L'équipe de la CNSA est très féminisée (59,22 % au 31 décembre 2010). La moyenne d'âge est de 43,05 ans pour les hommes et 40,46 ans pour les femmes. La CNSA a accueilli cette année dix stagiaires au sein des directions métiers et supports. La CNSA emploie quatre travailleurs reconnus handicapés.

✳L'agence comptable (AC)

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

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

✳La direction de la communication

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

Elle est responsable de la communication externe de la Caisse et de sa communication institutionnelle. À cette fin :

- elle conçoit et diffuse des supports d'information ;
- elle est responsable de l'animation éditoriale des sites internet et extranet ;
- elle vient en appui des autres directions dans la mise en œuvre d'actions de communication ;
- elle coordonne ou assure la communication à l'occasion des manifestations extérieures que la Caisse organise ou auxquelles elle participe ;
- elle est chargée des relations avec les médias ;
- elle contribue également à la communication interne de la Caisse : veille documentaire de la CNSA, constitution et gestion du fonds documentaire ;
- elle est responsable de la conception et de la mise en œuvre de la charte graphique de la Caisse.

✳La direction de l'administration générale (DAG)

Cette direction est chargée de l'administration générale. Elle est responsable de :

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

✳La direction des systèmes d'information (DSI)

Les principales missions confiées à la DSI consistent à :

- structurer, réaliser et mettre en œuvre l'ensemble de l'infrastructure technique et logicielle nécessaire au fonctionnement de la CNSA ;
- concevoir et déployer des applications permettant l'échange d'informations avec les agences régionales de santé (ARS), les MDPH et les services des collectivités territoriales et locales.

L'élaboration d'un référentiel métiers pour renforcer la gestion des ressources humaines

En 2010, la CNSA a conduit un chantier visant à la doter d'un référentiel des emplois et des compétences, en réponse à deux besoins.

Il s'agissait tout d'abord de se mettre en conformité avec la convention collective de l'UCANSS, à laquelle elle adhère, et qui prévoit, depuis novembre 2004, la mise en place d'un tel référentiel pour l'attribution de points de compétence. Le référentiel métiers doit permettre de repérer la compétence minimale nécessaire au poste et ainsi, objectiver l'évaluation des compétences supplémentaires d'un agent, donnant lieu à attribution de points dans la limite des enveloppes annuelles disponibles.

Ce référentiel a également pour objet d'accompagner les processus de recrutement, d'évaluation et de formation, dans une logique de gestion des carrières professionnelles. Dans un établissement comme la CNSA, où coexistent plusieurs statuts – fonctionnaires détachés, contractuels de droit privé, contractuels de droit public – et des métiers très divers, ce référentiel doit introduire plus de cohérence et de repères dans la politique de gestion des ressources humaines.

La démarche conduite à partir de mai 2010 a étroitement associé les agents de la CNSA à l'élaboration de ce référentiel. Accompagnée par un prestataire extérieur, la direction de l'administration générale s'est appuyée sur les différents directeurs, mais aussi des groupes de salariés. Un salarié sur trois a participé directement à ce travail, à un moment ou à un autre.

Le référentiel est construit autour de deux types de compétences :

- des compétences transverses aux différentes directions, définissant des emplois types. Chacun des neuf emplois types présente une série de six compétences communes, pour lesquelles quatre niveaux existent ;
- des compétences spécifiques à chaque poste. Il peut s'agir de connaissances ou de savoir-faire, également évalués selon quatre niveaux. Chaque poste est défini par sept à onze compétences spécifiques.

Ce travail s'est déroulé sur dix mois, entre la réunion du comité technique paritaire du 3 mai 2010 et la réu-

nion de restitution prévue en mars 2011. Il a nécessité, avant l'été, l'identification des compétences transverses adaptées aux postes de la CNSA, un état des lieux de tous les postes, la définition des compétences spécifiques nécessaires et la classification dans les différents emplois types. À l'automne, ce projet de référentiel a été utilisé, à des fins de test, dans le cadre du processus d'évaluation annuelle des agents, puis la synthèse des entretiens et l'adaptation du référentiel ont été effectuées au regard des difficultés ou suggestions remontées.

Systèmes d'information : la préparation de nombreux appels d'offres structurants

En raison de ses missions d'animation de réseau et de garant de l'égalité de traitement, la CNSA est conduite à mettre en place de nombreux systèmes d'information destinés à rendre compte de la manière dont les politiques sont mises en œuvre et piloter, à travers ces données, les politiques dont elle assure la gestion.

Alors que les premiers systèmes d'information avaient été conçus dans un but de remontée de données au niveau national, la nouvelle génération d'applicatifs est tournée vers les services utilisateurs, renforçant les exigences d'ergonomie et de fiabilité.
Pour faire face à ces obligations, la Caisse a repris ou développé de nombreux applicatifs : pour suivre la mise en œuvre des campagnes de création de places en établissements et services médico-sociaux (ESMS) (SELIA) ou le processus de médicalisation (SAISEHPAD) dans le champ des établissements et services ; suivre, aussi, l'activité des MDPH, à travers l'élaboration du SipaPH… L'urgence a été, dans un premier temps, de mettre en place ces outils, sans attendre la disponibilité d'un plan d'urbanisation d'ensemble.
Avec la montée en puissance de certains projets et l'arrivée de l'important chantier Harmonisation et partage d'information (HAPI), il s'est révélé indispensable de rationaliser la structuration des systèmes d'information.

Ce basculement vers une démarche transversale à l'ensemble des applicatifs nécessite de lancer de nombreux appels d'offres pour recruter les prestataires susceptibles d'apporter des réponses ou des propositions sur une base renouvelée. L'année 2010 a donc été une année importante de préparation des cahiers des charges.

- Pour l'infogérance : afin d'assurer un service de qualité, tant pour les nouvelles applications que pour les anciennes, avec un nombre d'utilisateurs croissant, il est apparu nécessaire d'externaliser les tâches de production informatique, la CNSA n'ayant ni les effectifs ni les locaux suffisants pour satisfaire à des exigences grandissantes dans un domaine en perpétuelle évolution.
- Pour la tierce maintenance applicative transverse aux outils utilisés dans le champ des ESMS : jusqu'à présent, chaque application du domaine ESMS est indépendante de l'autre et leur évolution s'opérait *via* des marchés distincts dits « de tierce maintenance applicative » (TMA).

L'arrivée de HAPI va amener à repenser tout ou partie de ces applications. Afin de rationaliser la démarche, un seul marché d'évolutions applicatives couvrira à l'avenir tous les domaines du métier ESMS.

- Pour l'externalisation du support dit « de niveau 1 » aux utilisateurs des applications : afin de prendre en compte les nécessités de support aux utilisateurs plus nombreux des nouvelles applications, notamment HAPI et extranet, un nouveau dispositif plus structuré a été étudié.
- Pour l'accès internet : une logique de rationalisation et la nécessité d'augmenter les débits pour faire face à de nouveaux besoins (vidéo-conférence…) amènent la CNSA à renouveler son marché.
- Pour la refonte de l'extranet : des choix technologiques ont été opérés qui seront réutilisés dans d'autres projets à venir.

L'importance des chantiers à administrer a conduit à réorganiser la direction des systèmes d'information en deux pôles : Urbanisation et assistance à maîtrise d'ouvrage et Expertises et maîtrise d'œuvre.
Enfin, pour faire face aux exigences de suivi des projets et des marchés publics des systèmes d'information, particulièrement complexes, un pilotage administratif et financier a été mis en place. Il doit permettre de définir et de mettre en œuvre les procédures et les outils de suivi des marchés, la révision éventuelle et le renouvellement des contrats et d'assurer la conduite des projets en liaison avec les autres directions, notamment la direction financière.

La refonte de l'extranet pour améliorer la qualité des échanges avec les partenaires de la Caisse

La CNSA a continué de travailler en 2010 sur la refonte de son site extranet, espace de travail partagé avec ses partenaires et réseaux. Créé en 2006, amélioré en 2008, l'extranet actuel a en effet atteint ses limites fonctionnelles et logicielles.

Il s'agit de répondre aux attentes de ses utilisateurs (conseils généraux, MDPH, ARS, membres du Conseil ou du Conseil scientifique), exprimées au cours d'une enquête ; de permettre aux directions métiers d'optimiser les échanges d'informations en les ciblant davantage ; et de préparer l'ensemble des supports en ligne à une mutation de plate-forme technologique.

L'extranet, espace collaboratif administré en direct par les experts métiers, proposera des informations mieux structurées, un moteur de recherche performant, des espaces personnels ou des communautés de projets et une navigation plus intuitive.
Ce chantier a franchi plusieurs étapes en 2010 : expression des besoins, rédaction des spécifications, développement d'une première version, dite « zéro ». Cette première version n'est pas totalement aboutie, notamment en matière d'accessibilité aux personnes déficientes visuelles. La version définitive est attendue en 2011.

Koru : une démarche de contrôle interne désormais bien ancrée

La perspective de la certification des comptes de la CNSA a impulsé une démarche de contrôle interne en 2009, qui s'est prolongée toute l'année 2010 et va se poursuivre en 2011. Baptisée Koru, elle est pilotée par la direction financière de la Caisse et s'appuie sur une mobilisation des équipes de toutes les directions, qui sont invitées à intégrer dans leurs pratiques l'enjeu de la maîtrise des risques.

Une quinzaine de domaines ont ainsi été identifiés en 2010, conduisant à la formalisation des procédures rattachées et une évaluation des risques. Ces dernières permettront l'élaboration de la cartographie des risques financiers, qui sera ensuite suivie d'un plan de contrôle adapté.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des départements de France
ADMR	Association du service à domicile
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFPA	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe ISO ressources (grille d'évaluation)
AIS	Acte infirmier de soins (toilette...)
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCRA	Association nationale des centres de ressources pour l'autisme
ANCRAI	Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux
ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASG	Assistant de soins en gérontologie
AVS	Auxiliaire de vie sociale
AVSI	Auxiliaire de vie scolaire Individuel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
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
CEPS	Comité économique des produits de santé
CESU	Chèque emploi service universel
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNDEDIMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de projets État-région
CPO	Centre de préorientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1er avril 2010)
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale (devenue DGCS)
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGME	Direction générale de la modernisation de l'État
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1er avril 2010)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT)

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM	Fédération nationale des particuliers-employeurs
FHF	Fédération hospitalière de France
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires
GEM	Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIP	Groupement d'intérêt public (de la MDPH)
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HAPI	Harmonisation et partage d'information (système d'information)
IDS	Institut des données de santé
IEM	Institut d'éducation motrice
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MOBIQUAL	Mobilisation pour la qualité des soins
MSA/CCMSA	Mutualité sociale agricole/Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONFRIH	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)
PAI	Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux
PASA	Pôles 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
PDITH	Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLS	Prêt locatif social
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Plan personnalisé de scolarisation
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	plan stratégique régional de santé
REBECA	Réalisation en routine des enquêtes budgets exécutoires des établissements et services pour personnes handicapées et des SSIAD pour personnes âgées
RECORD	Réseau de ressources coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIPAPH	Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TED	Troubles envahissants du développement
UNA	Union nationale des soins et services à domicile
UHR	Unités d'hébergement renforcées (en EHPAD)
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UPI	Unité pédagogique d'intégration (dans les collèges et lycées)
USLD	Unité de soins de longue durée
VPH	Véhicule pour personne handicapée physique

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

- Financer l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.

- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources.

- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux agences régionales de santé dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre.

- Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00
www.cnsa.fr