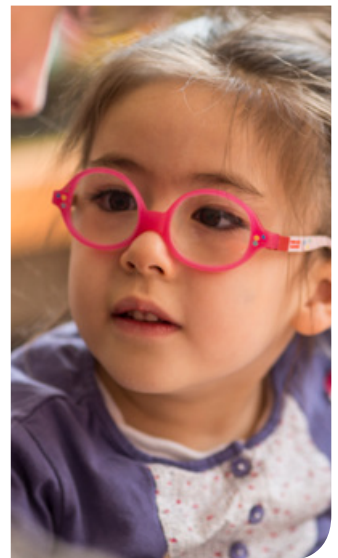


RAPPORT ANNUEL 2017



Les textes du rapport de la CNSA ont été approuvés par son Conseil le 17 avril 2018.

La CNSA remercie tout particulièrement celles et ceux qui ont accepté de rendre compte, en photos, de leur vie quotidienne à domicile ou en établissement : les professionnels, résidents, bénéficiaires, usagers, responsables, bénévoles et aidants du Bistrot mémoire de Rennes (Ille-et-Vilaine), du SAPHMA Vie et Avenir (Paris), de la maison départementale des personnes handicapées de l'Ille-et-Vilaine, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Le Village des Aubépins (Seine-Maritime), Sainte-Geneviève (Hauts-de-Seine) et Jean-Viollet (Seine-Saint-Denis), de l'association de services aux personnes à domicile AFAD de Moselle, de la résidence Quintinie et Procession (Paris), de la maison d'accueil spécialisée École de la vie autonome (Meurthe-et-Moselle), de l'ITEP Les Rochers (Ille-et-Vilaine), de l'association ASAIS (Gironde), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile de Sartrouville gérés par la Croix-Rouge française (Yvelines), du centre d'action médico-sociale précoce de Montrouge (Hauts-de-Seine), de l'institut médico-éducatif La Cour de Venise (Paris) et de l'établissement et service d'aide par le travail Le Colibri (Paris), Miya, sa maman et les professionnels du service d'éducation spéciale et de soins à domicile des Molières (Essonne), Timothé et sa mère (Paris), M. et Mme Baucher et l'association France Parkinson, Mme Quebra Dos Santos, sa fille et les personnes accueillies chez elle, l'École nationale supérieure d'architecture de Montpellier et ses étudiants, le Conseil départemental de la Haute-Marne.

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

Direction de la publication : Anne Burstin

Rédaction : Frédérique Barbut

Coordination : Florence Condroyer, Carole Jankowski et Jessie Magana

Conception graphique : 

Photos : William Alix, Sabrina Budon, Pauline Dusserre-Telmont, Didier Gauducheau, Jean-Marie Heidinger, Olivier Jobard, Alexandra Lebon, Bénédite Topuz pour la CNSA

www.cnsa.fr

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

Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens Cedex

Date de parution : juillet 2018

Dépôt légal : juillet 2018

ISSN : 2266-7326

RAPPORT ANNUEL **2017**

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

Éditorial

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a vu le jour au lendemain d'une brutale prise de conscience de la société française : de trop nombreuses personnes âgées, parce qu'elles étaient isolées, sans moyens efficaces d'alerter leurs proches, ont été touchées par la canicule qui a frappé la France et l'Europe de l'Ouest en 2003.

Se donner des moyens nouveaux pour créer des places d'accueil et médicaliser nos maisons de retraite ; affirmer la solidarité nationale par l'instauration de ressources nouvelles ; garantir aux Français l'affectation de leur effort solidaire vers le financement effectif des politiques de l'autonomie – personnes âgées / personnes handicapées – ; innover, accompagner, produire de la science dans le champ de l'autonomie pour une politique partagée avec les départements... telle a été la mission assignée à la CNSA par le législateur en 2004.

Nous nous sommes dotés d'une organisation originale, caisse et agence, dont le Conseil réunit l'ensemble des parties prenantes des politiques de l'autonomie.

Le rapport d'activité 2017 de la CNSA démontre l'adaptation continue de notre système de protection sociale confronté au défi de la vie autonome des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les équipes qui se sont succédé, présidents et présidentes, directeurs et directrices, ont toutes pleinement mis en œuvre l'esprit de la loi du 30 juin 2004. Elles ont su accompagner un budget et un champ de mission en constante progression, avec un essor marqué après l'adoption de



Anne Burstin,
directrice de la CNSA



Marie-Anne Montchamp,
présidente du Conseil de la CNSA

la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

Le bilan de l'année 2017 témoigne non seulement de l'ancrage des missions initiales – avec notamment la poursuite des efforts pour garantir l'équité territoriale et la pertinence des moyens alloués : nouveaux critères de répartition des financements des établissements et services médico-sociaux, révision des ordonnances Pathos, réforme de la tarification dans le secteur des personnes handicapées (projet SERAFIN-PH) – mais aussi de la montée en puissance des missions issues de la loi ASV : accentuation de la mission d'information grand public avec l'élargissement du périmètre du portail *Pour les personnes âgées* au champ des résidences autonomie ; animation et premier bilan des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

L'année 2017 est aussi une étape majeure du nouveau système d'information harmonisé des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) avec notamment la co-construction du tronc commun fonctionnel, l'adoption d'une solution pour le suivi des orientations en établissements, et l'engagement fort de sept MDPH pilotes.

La nouvelle équipe que nous formons – nomination d'Anne Burstin, le 23 septembre 2017 et élection par le Conseil de Marie-Anne Montchamp, le 23 octobre 2017 – s'inscrit bien dans ce *continuum* de responsabilité et d'engagement.

Nous souhaitons toutes deux saluer l'action de nos prédécesseurs et tout particulièrement celle de Paulette Guinchard-Kunstler et de Geneviève Gueydan. Nous leur devons évidemment en large part les résultats de l'année 2017, que les équipes de la CNSA ont contribué à obtenir par leur expertise et leur mobilisation.

Nous les associons à l'appréciation portée dans le rapport annuel 2018 de la Cour des comptes : « La CNSA est désormais reconnue comme un acteur central par l'ensemble des acteurs médico-sociaux, au niveau national comme local. »

La Cour confirme la trajectoire de la CNSA, **agence et caisse**, innovante et agile pour le pilotage, l'animation, l'évaluation et l'orientation des politiques de l'autonomie, en capacité de réunir les parties prenantes au niveau national comme au niveau local.

Le chemin parcouru depuis l'installation de la CNSA par l'action déterminante

d'Alain Cordier et Denis Piveteau ne nous fait pas pour autant oublier les axes d'amélioration pointés par la Cour des comptes :

- « – Préciser le rôle de la CNSA dans la synthèse des volets médico-sociaux des projets régionaux de santé ;
- assurer une répartition plus équitable des dotations régionales limitatives ;
- modifier les critères de péréquation pour l'attribution des concours de la CNSA en matière d'aide personnalisée pour l'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) pour compenser les disparités territoriales. »

La Caisse doit renforcer sa capacité d'animation et de pilotage dans un objectif volontariste de réduction des situations d'inéquité pour l'ensemble des territoires.

Pour cela nous pouvons prendre appui sur la capacité de la CNSA et de ses équipes à animer les réseaux nationaux et territoriaux et à impulser des dynamiques dans les territoires aux côtés des départements et des agences régionales de santé (ARS).

Le Conseil et la Caisse doivent faire évoluer en ce sens leur mode de fonctionnement et leurs liens.

Le Conseil, en se réunissant en **séminaire le 13 février 2018**, a affirmé sa volonté de renforcer sa capacité d'orientation pour les missions qui lui incombent :

- Garantir la bonne fin des financements de nos politiques de protection sociale, dans le respect des lois qui les régissent ;
- apporter au décideur public une contribution prospective, fruit des contributions des parties prenantes.

Dans cet esprit, pour la première fois, le Conseil a fait le choix de **lier sa réflexion prospective sur trois années consécutives.**

Ainsi, pour 2018, le chapitre prospectif se fixera un cadre large en approfondissant les principes et caractéristiques d'une **société « inclusive »**, répondant en cela à l'impulsion conjointe de la ministre des Solidarités et de la Santé et de la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées. Ces travaux seront poursuivis par les chapitres prospectifs 2019 et 2020 qui en approfondiront les orientations.

L'évolution conjointe des pratiques du Conseil et de la Caisse a permis d'initier en mai 2018 **les premières rencontres départements/CNSA** en présence des trois vice-présidents – Sylvain Denis, Gérard Dériot et Luc Gateau – et de nombreux représentants du Conseil.

Plus de 80 départements représentés par leurs élus et leurs équipes administratives ainsi que la majorité des ARS, ont répondu présents à l'invitation conjointe de l'Assemblée des départements de France et de la CNSA : 2018 permettra, grâce à cette démarche innovante, d'engager une méthode renouvelée et ambitieuse d'animation de nos politiques partagées, pour une société inclusive.

Enfin, l'équipe de direction de la CNSA a fait le choix d'initier une **démarche de projet d'établissement**, soutenue et accompagnée en cela par son Conseil. Il s'agit de revenir aux fondamentaux de l'identité de la Caisse tout en sachant les adapter au profond mouvement de transformation en cours. Le projet d'établissement doit aussi être l'occasion de donner un cadre commun rénové aux différentes initiatives managériales antérieures.

Les agents de la Caisse voient leur contribution reconnue par l'ensemble des parties prenantes. Mais le vieillissement de la

population française, l'évolution des attentes de nos concitoyens en situation de handicap et de leurs proches imposent de nouvelles évolutions de nos réponses médico-sociales, de nos méthodes d'accompagnement et de nos pratiques d'évaluation.

Les équipes de la CNSA doivent être pleinement associées à ce mouvement de transformation qui questionne leurs métiers et leurs relations à leur environnement professionnel. C'est tout l'enjeu de ce projet d'établissement lancé à mi-chemin de la convention d'objectifs et de gestion (COG) qui nous lie à l'État. Nous ne doutons pas que ces travaux permettront de préparer la future COG 2020-2023.

Le récent renouvellement du Conseil scientifique de la CNSA

a enfin permis de souligner l'apport éminent de sa présidente, Marie-Ève Joël, dont le Conseil de la CNSA a salué l'action. Nous devons au Conseil scientifique la structuration et la reconnaissance d'un champ de recherche nouveau dédié à l'autonomie, dont la portée contribue à la formation des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, à la transformation des pratiques, à l'expression de recommandations par les autorités indépendantes et, plus largement, au débat public.

Le rapport d'activité 2017 que nous avons le plaisir de partager avec vous atteste de l'engagement constant et de la contribution de la CNSA aux politiques de l'autonomie. Il projette également nos engagements pour un système de protection sociale fondé sur les enjeux de solidarité, d'équité pour tous, sur l'ensemble de nos territoires de métropole et d'outre-mer. Pour une société respectueuse des droits des personnes et ouverte à tous.

Sommaire

1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

1.1	Quatre grandes missions pour l'autonomie	8
1.2	Convention d'objectifs et de gestion (COG) : bilan à mi-parcours	10
1.3	Le Conseil de la CNSA, conférence des parties prenantes	13
1.4	Le Conseil scientifique	16
1.5	Les équipes de la CNSA	18

2. Rapport annuel de la CNSA

2.1	Les grands chantiers de la CNSA en 2017	24
2.2	Panorama - Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie	26
2.3	Budget : la structure de financement et le budget exécuté en 2017	28
2.4	Mieux connaître les besoins et favoriser un accès équitable aux droits	37
2.5	Accompagner la transformation et l'évolution de l'offre pour des réponses équitables, modulables et diversifiées	43
2.6	L'animation, l'appui et les partenariats nationaux et territoriaux	59
2.7	Le soutien à la recherche et à l'innovation	72
2.8	La communication aux acteurs et au grand public	79

<u>Glossaire</u>	83
------------------	----



1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

1.1	Quatre grandes missions pour l'autonomie	8
1.2	Convention d'objectifs et de gestion (COG) : bilan à mi-parcours	10
1.3	Le Conseil de la CNSA, conférence des parties prenantes	13
1.4	Le Conseil scientifique	16
1.5	Les équipes de la CNSA	18

1.1 Quatre grandes missions pour l'autonomie

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

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

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

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

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

de déploiement de systèmes d'information en lien avec les ARS et les MDPH pour faciliter leur gestion et leur pilotage.

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

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

- un appui technique aux réseaux sur le terrain ;
- un soutien technique et juridique aux professionnels des ARS, des MDPH, des départements, aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

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

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

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

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

Informier les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches

Cette mission a été confiée à la CNSA par la loi ASV.

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

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

Soutenir la recherche et l'innovation

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

Tous les deux ans, la CNSA organise des rencontres scientifiques qui traitent d'un thème important pour les politiques du handicap et de la perte d'autonomie en l'abordant par le prisme de travaux scientifiques. Les prochaines, qui auront lieu les 17 et 18 octobre 2018 à Paris, porteront sur les savoirs expérientiels : « De l'expérience à l'expertise – Comment mieux repérer, mieux mobiliser les savoirs expérientiels ? ».



PANORAMA

> Temps forts

2017

- > **1^{er} janvier** → les ESAT, nouvelle compétence de la CNSA
- > **1^{er} février** → une campagne de communication pour valoriser les métiers de l'aide à domicile
- > **8 mars** → la CNSA lance son appel à projets « Et nos voisins européens, comment font-ils ? »
- > **29 mars** → le comité scientifique AGGIR-PATHOS valide les nouvelles ordonnances
- > **11 mai** → le président de la République remet la Légion d'honneur à Paulette Guinchard, dans les locaux de la CNSA
- > **11 et 12 mai** → un séminaire des managers pour l'élaboration d'une charte du management
- > **31 mai et 1^{er} juin** → les rencontres nationales des pilotes et gestionnaires de cas MAIA
- > **15 et 16 juin** → le 22^e séminaire des directeurs des MDPH en présence de la nouvelle secrétaire d'État en charge des personnes handicapées, Sophie Cluzel
- > **4 juillet** → le dernier Conseil de Paulette Guinchard et de Geneviève Gueydan : un hommage unanime des membres du Conseil et des équipes de la Caisse
- > **19 septembre** → la CNSA publie les prix des EHPAD
- > **20 septembre** → le Comité interministériel du handicap
- > **22 septembre** → Anne Burstin, nouvelle directrice de la Caisse
- > **23 octobre** → le Conseil de la CNSA élit sa nouvelle présidente, Marie-Anne Montchamp, et échange avec les ministres Agnès Buzyn et Sophie Cluzel
- > **21 novembre** → le Conseil contribue à la Stratégie nationale de santé et adopte pour sa vision prospective une nouvelle méthode de travail inscrite dans la pluriannualité
- > **24 novembre** → le lancement de l'intranet « MyCNSA » et du nouveau logo de la CNSA
- > **30 novembre** → première Journée nationale de l'habitat inclusif et diffusion d'un guide d'appui au montage des projets

2018

- > **7 février** → le rapport 2018 de la Cour des comptes souligne le rôle central de la CNSA dans le paysage médico-social
- > **13 février** → séminaire des membres du Conseil, une animation renouvelée, des échanges denses, un pari réussi

1.2 Convention d'objectifs et de gestion (COG) : bilan à mi-parcours

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

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

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

(MAIA) et la finalisation de la révision de l'outil PATHOS ;

- l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH et la mise en place d'un système d'information du suivi des décisions d'orientation en établissement ou service prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- la mise en œuvre d'un dispositif de valorisation des résultats des travaux de recherche soutenus financièrement par la CNSA.

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

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

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

- la diffusion du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prenant en compte les besoins des aidants, l'aide à l'appropriation du nouvel outil d'évaluation des personnes âgées en situation complexe

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

Le système d'aide, d'accompagnement et de soins dans le secteur de la perte d'autonomie et du handicap est non seulement très diversifié, mais d'organisation complexe.

Un meilleur accès aux droits et à l'accompagnement suppose donc d'améliorer l'accès à l'information, d'accompagner les personnes dans leurs démarches et la mise en œuvre concrète des réponses, d'harmoniser les pratiques d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et de construction des réponses. Il s'agit aussi de développer une approche préventive de la perte d'autonomie et de mieux coordonner, entre les acteurs des territoires, les réponses apportées aux personnes et à leurs proches aidants.

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

Pour cela, la CNSA s'appuie sur ses partenaires (conseils départementaux, MDPH, ARS, CNAMTS, CNAF, CNAV², Éducation nationale...). Les leviers d'action plus particulièrement mobilisés en 2017 sont le système d'information commun des MDPH, l'appui aux conférences des financeurs, le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr ou encore le cofinancement de programmes de soutien aux aidants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales ; CNAV : Caisse nationale de l'assurance vieillesse.

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

Des chantiers non inscrits dans la COG

La CNSA a été particulièrement mobilisée en 2017 par :

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



FOCUS

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Le Conseil de la CNSA, conférence des parties prenantes

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

En tant qu'organe de gouvernance classique, le Conseil arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la CNSA. Par sa composition originale, il est aussi un lieu d'échanges et de débats sur tous les aspects des politiques d'aide à l'autonomie. Le Conseil réunit en effet des représentants de tous les acteurs concernés par les politiques de l'autonomie : associations, partenaires sociaux, départements, centres communaux d'action sociale (CCAS), fédérations, État, parlementaires et personnalités qualifiées.

Il est composé de 52 membres. Il a été renouvelé de façon importante en 2017 : élection des associations et nomination de leurs nouveaux représentants en juin, désignation des parlementaires et nomination des trois personnalités qualifiées. C'est parmi ces dernières que Marie-Anne Montchamp a été élue, lors d'une séance exceptionnelle le 23 octobre.

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

Échanges et débats prennent notamment forme dans le rapport de prospective que le Conseil élabore de façon très participative chaque année. Ce diagnostic thématique assorti de recommandations est transmis au Parlement et au gouvernement, et largement diffusé. En novembre 2017, le Conseil a adopté, dans le cadre de sa vision prospective, une nouvelle méthode de travail inscrite dans la pluriannualité. Cette démarche a été confortée dans le cadre de son premier séminaire au mois de février 2018.

La composition du Conseil au 31 mars 2018

1 présidente



Marie-Anne Montchamp

3 vice-présidents



Luc Gateau



Sylvain Denis



Gérard Dériot

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

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

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

Alain Rochon, Association des paralysés de France (APF)
Suppléante : **Mathilde Fuchs**, Coordination handicap et autonomie (CHA)

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

Luc Gateau, Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)
Suppléant : **Michel Marciset**, Fédération française des associations d'infirmités motrices cérébrales (FFAIMC)

Vincent Michel, Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA)
Suppléant : **Marc Truffaut**, Fédération française du sport adapté (FFSA)

Arnaud de Broca, Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)
Suppléante : **Edwige de Bardonnèche**, Fédération française des dys (FFDys)

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

Sylvain Denis, Fédération nationale des associations de retraités et préretraités (FNAR)
Suppléant : **Pierre Erbs**, Générations Mouvement – fédération nationale

Pascal Champvert, Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
Suppléant : **Didier Sapy**, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Guillaume Quercy, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
Suppléant : **Thierry d'Aboville**, Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Benoît Jayez, Union confédérale Force ouvrière des retraités et des préretraités
Suppléant : **François Ferraguti**, Fédération

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

Joël Jaouen, Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées (France Alzheimer)
Suppléant : **Michel Poulard**, Fédération nationale Adessadomicile

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

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

Geneviève Mannarino, vice-présidente du conseil départemental du Nord
Suppléante : **Agnès Chantereau**, conseillère départementale du Loiret

Gérard Deriot, conseiller départemental de l'Allier
Suppléante : **Sylvie Lachaize**, vice-présidente du conseil départemental du Cantal

Christian Gillet, président du conseil départemental du Maine-et-Loire
Suppléant : **Bernard de La Hamayde**, vice-président du conseil départemental de l'Aube

Jean-Pierre Marcon, président du conseil départemental de la Haute-Loire
Suppléant : **Pascal Coste**, président du conseil départemental de la Corrèze

Pierre Camani, président du conseil départemental de Lot-et-Garonne
Suppléante : **Magalie Thibault**, vice-présidente du conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Michel Dagbert, président du conseil départemental du Pas-de-Calais
Suppléant : **Pascal Terrasse**, conseiller départemental de l'Ardèche

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

Confédération générale du travail (CGT), **Sylviane Spique**
Suppléante : **Solange Fasoli**

Confédération française démocratique du travail (CFDT), **Xavier Becker**
Suppléante : **Martine Déchamp**
Force ouvrière (FO), **Philippe Pihet**

Suppléant : **Paul Virey**

Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), **Jacques Doury**

Suppléant : *en attente de désignation*

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

Patrice Malleron

Suppléant : **Jean-Baptiste Plarier**

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

Mouvement des entreprises de France (MEDEF), **Olivier Peraldi**

Suppléant : *en attente de désignation*

Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME), **Franck Nataf**

Suppléant : **Julien Jourdan**

Union des entreprises de proximité (U2P – anciennement UPA), **Jean-Louis Maître**

Suppléante : **Anne Novak-André**

10 représentants de l'État

Jean-Philippe Vinquant, directeur général de la cohésion sociale

Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale

Amélie Verdier, directrice du budget

Jean-Marc Huart, directeur général de l'enseignement scolaire

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

Cécile Courrèges, directrice générale de l'organisation des soins

Jérôme Salomon, directeur général de la santé

Annaïck Laurent, secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales par intérim

Bruno Delsol, directeur général des collectivités locales

Étienne Petitmengin, secrétaire général du Comité interministériel du handicap

2 parlementaires

Christine Cloarec, députée d'Ille-et-Vilaine

René-Paul Savary, sénateur de la Marne

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

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), **Isabelle Musseau-Aubry**

Suppléante : **Guénaëlle Haumesser**

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), **Johan Priou**

Suppléante : **Laurène Dervieu**

Fédération hospitalière de France (FHF), **Annie Lelièvre**

Suppléante : **Clarisse Molina**

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

Julien Moreau

Suppléant : **Antoine Perrin**

Mutualité sociale agricole (MSA), **Pascal Cormery**

Suppléant : **Thierry Manten**

Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA), **Florence Arnaiz-Maumé**

Suppléant : **Éric Fregona**

NEXEM, **Guy Hagège**

Suppléant : **Stéphane Racz**

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), **Joëlle Martinaux**

Suppléant : **Benoît Calmels**

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

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

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

Régime social des indépendants (RSI) –

3 personnalités qualifiées

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

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

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

1.4 Le Conseil scientifique

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

Arrivant en fin de mandat le 23 mars 2018, le Conseil scientifique doit être renouvelé. En particulier, Marie-Ève Joël et Jean-Yves Barreyre, respectivement présidente et vice-président du Conseil scientifique, qui ont participé à sa création et largement contribué à l'affirmation de ses missions, quittent leurs fonctions. À l'occasion de la fin de ce mandat, le Conseil scientifique a dressé un bilan de douze années de soutien à la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie et ouvert de nouvelles perspectives (voir page 73).

La composition du Conseil scientifique jusqu'au 23 mars 2018

Vingt-deux membres.

1 présidente

Marie-Ève Joël

1 vice-président

Jean-Yves Barreyre

12 experts dans le domaine de compétence de la CNSA

Marie-Ève Joël

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

Jean-Yves Barreyre

Sociologue

Dominique Argoud

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

Amaria Baghdadli

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

Sylvie Bonin Guillaume

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

Christine Cans

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

Anne Caron-Dégli

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

Pierre-Marie Chapon

Géographe de la santé, chercheur associé, université Jean-Moulin, Lyon 3

Alain Grand

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

Alain Leplège

Professeur, département Histoire et philosophie des sciences, université Paris 7 - Denis Diderot

Régine Scelles

Professeure de psychopathologie, université Paris-Nanterre

Hélène Xuan

Économiste

10 membres représentant un ministère ou un organisme

Patrick Aubert

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

Meriam Barhoumi

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

Martine Bungener

Directrice de recherche CNRS émérite, représentant le CNRS

Emmanuelle Cambois

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

Didier Charlanne

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

Juliette Da Costa Moreira

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

Régis Gonthier

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

Benoit Lavallart

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

Jacques Pelissier

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

Isabelle Ville

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



1.5 Les équipes de la CNSA

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

Reconnus pour leur expertise dans leurs domaines d'activité, les personnels de la CNSA viennent d'horizons très variés : associations et fédérations du secteur, agences nationales (ASIP Santé, ANAP, ANESM³, agences sanitaires...), organismes de Sécurité sociale ou bien encore du secteur privé.

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

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

le secteur (deux postes au sein de la direction des systèmes d'information et deux à la direction de la compensation).

Au 31 décembre 2017, il y avait 122,3 ETP sous contrat avec la CNSA dont près de 70 % sous contrat de droit privé relevant de la convention collective UCANSS⁴ et un peu plus de 30 % sous contrat de droit public, essentiellement des fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, en position de détachement.

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

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

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



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

4. UNCANSS : Union des caisses nationales de Sécurité sociale.



INTERVIEW



Hamid Boukhoulouf

Directeur des systèmes d'information, CNSA

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

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

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

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

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

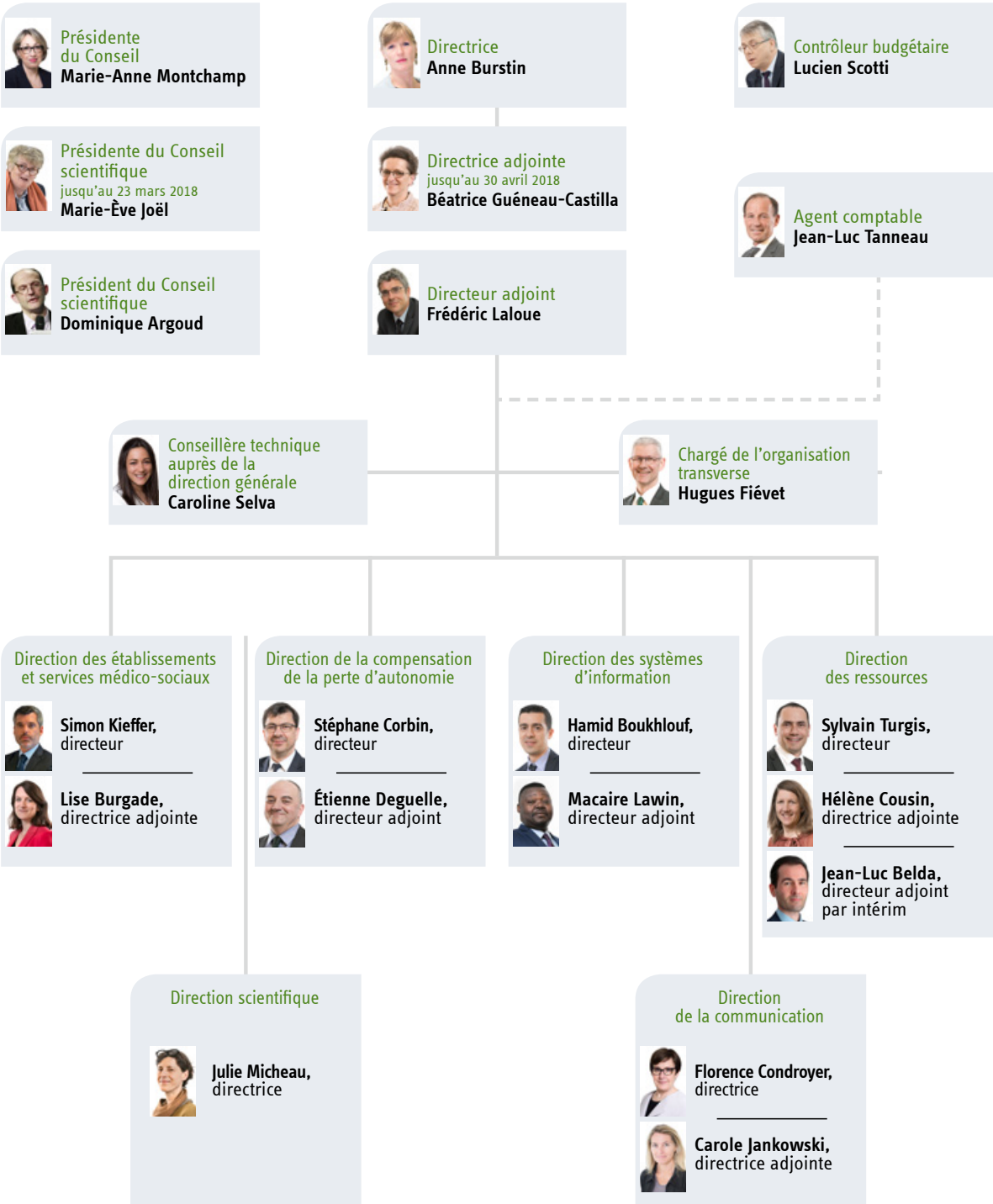
Enfin, en toile de fond de cette extension de notre SI, nous travaillons depuis plusieurs années à sa modernisation (refonte d'applications), à sa sécurisation et, actuellement, à son accessibilité numérique.

Comment la CNSA s'insère-t-elle dans le paysage numérique national ?

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

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

L'organisation de la CNSA (organigramme au 1^{er} juin 2018)







2. Rapport annuel de la CNSA

2.1	Les grands chantiers de la CNSA en 2017	24
2.2	Panorama – Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie	26
2.3	Budget : la structure de financement et le budget exécuté en 2017	28
2.4	Mieux connaître les besoins et favoriser un accès équitable aux droits	37
2.5	Accompagner la transformation et l'évolution de l'offre pour des réponses équitables, modulables et diversifiées	43
2.6	L'animation, l'appui et les partenariats nationaux et territoriaux	59
2.7	Le soutien à la recherche et à l'innovation	72
2.8	La communication aux acteurs et au grand public	79

2.1 Les grands chantiers de la CNSA en 2017

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

Des étapes importantes du programme ont été franchies, permettant les premiers déploiements opérationnels en 2018. Sept MDPH pilotes se sont engagées pour tester la mise en conformité des solutions logicielles avec le référentiel national. Le déploiement du système d'information de suivi des décisions d'orientation est lancé.

L'actualisation des ordonnances PATHOS pour mieux connaître les besoins

Les 169 ordonnances évaluant la charge en soins des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unités de soins de longue durée (USLD), réécrites par les experts du groupe technique, ont été ajustées après confrontation aux réalités de terrain, à travers deux enquêtes. Leur valorisation financière a permis de lancer les études d'impact sur les dotations des établissements.

L'accompagnement au déploiement de projets d'habitat inclusif

Dans la suite du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016, la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif s'est renforcée. L'Observatoire national de l'habitat inclusif, installé le 10 mai 2017, a élaboré un guide d'aide au montage des projets et préparé la première Journée nationale de l'habitat inclusif du 30 novembre.

Les travaux pour la modernisation et la refondation des services d'aide et d'accompagnement à domicile

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a confié à la CNSA la gestion

d'un fonds de 50 M€ en vue d'appuyer la définition de la stratégie territoriale, de soutenir les bonnes pratiques et d'aider à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. La CNSA a signé 50 conventions avec les départements.

Parallèlement, la CNSA conduit avec la DGCS la concertation pour repenser la tarification et l'organisation des services d'aide à domicile, impliquant l'ensemble des partenaires.

Le déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous » dans sa phase de généralisation

66 nouveaux territoires sont engagés dans la démarche en 2017. Pour favoriser son déploiement territorial et le partage des pratiques entre territoires, la CNSA a notamment organisé des séminaires interdépartementaux, et mis à la disposition de l'ensemble des partenaires un rapport de capitalisation de l'expérience des 24 sites pionniers.

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre pour les personnes handicapées

Impulsée par la Conférence nationale du handicap (CNH) et le CIH en 2016 et dotée d'une enveloppe de 180 M€, elle vise à rendre l'offre plus souple et plus inclusive. La circulaire du 2 mai 2017 en précise les orientations. Les premiers outils de suivi de la transformation ont été définis, en particulier les indicateurs, dont certains sont repris par les programmes régionaux de santé.

Le renouvellement des dialogues de gestion avec les ARS

Le format des dialogues de gestion organisés chaque année avec les ARS pour prendre

connaissance de leur action dans le champ médico-social évolue pour mieux les accompagner dans la programmation et la transformation de l'offre. Plus stratégiques et tournés vers l'innovation, ils feront l'objet d'un travail de capitalisation, afin de contribuer au partage des bonnes pratiques.

La carte mobilité inclusion (CMI) déployée sur l'ensemble du territoire

En moins d'une année, toutes les MDPH ont mis en service le module du système d'information commun permettant de commander cette nouvelle carte à l'Imprimerie nationale. Le « Club utilisateurs CMI » a été lancé en octobre 2017. La CNSA a mis à disposition des MDPH trois infographies et huit fiches rédigées en facile à lire et à comprendre pour mieux informer les usagers sur les démarches.

La mise en œuvre dans les EHPAD des réformes de la tarification et de la contractualisation

Levers de la transformation de l'offre, ces réformes ont été mises en œuvre en 2017 : la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est largement engagée, les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) sont mis en œuvre. La CNSA a également évalué l'impact budgétaire des nouvelles règles de financement des EHPAD pour contribuer aux ajustements de leur mise en œuvre.

Un projet de réforme tarifaire pour faciliter les parcours : SERAFIN-PH

Les travaux se sont poursuivis afin de permettre l'appropriation par l'ensemble du secteur, des nomenclatures et de la logique de SERAFIN-PH. Une seconde enquête nationale de coûts et une étude « repères » ont été conduites. L'étude nationale de coûts, qui intégrera les caractéristiques des personnes concernées, est en préparation.

La valorisation des recherches financées par la CNSA

Pour les rendre accessibles aux professionnels du champ de l'autonomie, aux personnes concernées et à leur entourage, la CNSA a préparé la publication sur son site Internet des résultats des recherches qu'elle a financées depuis douze ans. Accompagnés d'une synthèse, les rapports finaux des recherches sont mis progressivement en ligne en 2018.

Le portail *Pour les personnes âgées* a trouvé son public

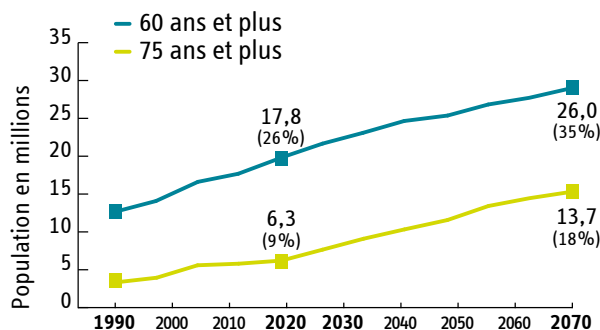
Mis en ligne en juin 2015, il a pleinement atteint en 2017 les objectifs d'information et de transparence fixés par la loi ASV. Apprécié des utilisateurs (89 % satisfaits), qui sont majoritairement des proches des personnes âgées, il a vu le nombre de visites par mois doubler en un an, pour atteindre 300 000 fin 2017.



2.2 Panorama - Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

De 2010 à 2060, la population française augmenterait de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions d'habitants. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions de personnes, soit plus de 11 % de l'ensemble de la population contre 5 % aujourd'hui.

Vieillesse de la population française



Source : INSEE 2016, projections de population à l'horizon 2070.

Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 1997 et 2017



Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 1997 à 2017 (provisoire).

En 2017, l'espérance de vie à la naissance est de 79,5 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes.

Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2017 (provisoire)

+ 82 %

C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2017 pour atteindre 20 Md€ en 2017 (progression de l'ONDAM global : 34,5 %).

26,3 Md€

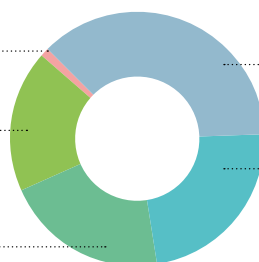
C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2018, soit + 85,7 % depuis 2006.

Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2016 : 63,2 Md€

AGEFIPH + FIPHFP 1 %
(607 M€)

Sécurité sociale 17 %
(10 987 M€)

Départements
(net transferts CNSA) 21 %
(13 254 M€)



CNSA 36 %
(22 608 M€)

État 25 %
(15 783 M€)

Source : LFSS 2018.

605 059

C'est le nombre global de places pour **personnes âgées dépendantes**, y compris en accueil temporaire, dans **7 438 EHPAD** en 2017.

Source : DRESS, *Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale* 2017.

1 953 €/mois

C'est le **prix médian** d'une chambre seule en hébergement permanent en EHPAD, en 2017 (prix hébergement + tarif dépendance GIR 5-6).

Source : CNSA 2018.

494 354

C'est le nombre de places en établissements et services pour accompagner les **personnes handicapées** dont 158 901 places pour les enfants et 335 453 places pour les adultes en 2017.

Source : DRESS, *Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale* 2017.

284 086

personnes ont été payées au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) en décembre 2016. Ainsi, 81,4 % des demandes de PCH ont donné lieu à une décision d'accord.

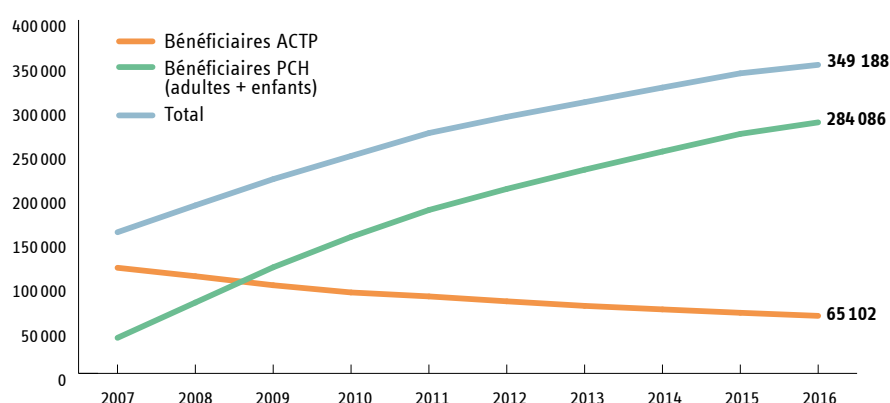
Source : DREES 2018, enquêtes Aide sociale, séries réactualisées.

1 285 500

C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2016, dont 757 400 à domicile et 528 100 en établissement.

Source : DREES, enquêtes Aide sociale 2016.

Évolution 2007-2016 du nombre d'allocataires de la PCH et de l'ACTP



Source : DREES, enquêtes Aide sociale (mars 2018), séries réactualisées.

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

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

D'un montant de 25,3 Md€⁵ en 2017, le budget de la CNSA retrace les ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie du fait du handicap ou de l'âge. L'examen, par le Conseil de la CNSA, des recettes affectées à la CNSA et des dépenses ainsi financées alimente le débat public sur tous les aspects de ces politiques.

Les recettes de la CNSA

Les recettes de la CNSA proviennent principalement de deux origines :

- La **contribution des régimes d'assurance maladie** représente 80 % des ressources de la CNSA et correspond à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie consacré au secteur médico-social (**ONDAM médico-social**), voté dans le cadre de la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Ce dernier s'est élevé en 2017 à 19 999,6 M€ (arrêté du 2 mars 2018) soit + 12 % par rapport à 2016.
- Les **recettes propres, affectées par la loi**, représentent 20 % des ressources de la CNSA et sont constituées par :
 - la **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)** qui s'élève à 2 371,9 M€ ;
 - la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)** assise sur les revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité) en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013, qui s'établit à 743,8 M€ ;
 - une fraction de 1,38 % des **prélèvements sociaux sur les revenus de placement et du patrimoine (PSK)**, en remplacement de la part de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la CNSA jusqu'en 2015 et de la contribution des régimes d'assurance vieillesse, ainsi qu'à partir de 2017, en remplacement

de la contribution des droits de consommation sur les tabacs (DCT) et pour tenir compte d'un financement aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) nouvellement intégré au budget de la CNSA⁶. Cette recette se monte à 1 820,1 M€ pour 2017 ;

- la CNSA a par ailleurs été bénéficiaire en 2017 de **reliquats au titre des DCT et CSG qui lui étaient précédemment affectés** : ainsi 7,6 M€ ont été constatés en produits au titre de l'affectation précédente d'une fraction de CSG.

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

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

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

5. Montant des crédits de paiement exécutés sur l'exercice.

6. Article 34 de la LFSS pour 2017.

Repères

Les financeurs des aides à l'autonomie

L'État finance les ressources d'existence des personnes handicapées (allocations aux adultes handicapés, pensions militaires d'invalidité), les dispositifs d'incitation à l'activité professionnelle pour les personnes handicapées (établissements et services d'aide par le travail, ateliers protégés), les dispositifs d'aide à l'intégration scolaire. Il octroie des aides fiscales aux personnes âgées et handicapées (bénéficiaires de la carte d'invalidité, employeurs d'aides à domicile...). Le montant total des crédits consacrés par l'État à ces actions est estimé à **15 783 M€** en 2016.

Les régimes de Sécurité sociale : l'assurance maladie finance les établissements et services médico-sociaux, dont les crédits sont gérés par la CNSA, ainsi que les pensions d'invalidité ; la CNAF finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale. Les régimes de retraite disposent d'un budget d'action sociale pour financer des dépenses extralégales (frais de transport, aide-ménagère, aide à l'investissement...). Les régimes y ont consacré **10 987 M€** en 2016 (hors crédits gérés par la CNSA).

Les départements, responsables de la planification de l'offre de structures à destination des personnes âgées et handicapées, financent aussi les prestations individuelles (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH, partiellement compensées par la CNSA), le fonctionnement des établissements non médicalisés et, depuis 2016, les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ; l'aide sociale finance les coûts d'hébergement en établissement ou l'aide ménagère. Le montant total de ces dépenses s'élève à **13 254 M€** en 2016.

La CNSA répartit les crédits de l'assurance maladie dédiés aux structures médico-sociales, qu'elle abonde grâce notamment aux recettes de la contribution solidarité pour l'autonomie. Elle contribue également au financement des prestations individuelles (APA, PCH) et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, à travers un concours aux conseils départementaux. Le montant des dépenses de la CNSA financées par ses ressources propres était de 4,7 Md€ en 2016. Avec l'apport des crédits d'assurance maladie (ONDAM médico-social) à hauteur de 17,9 Md€ (2016), elle gère au total un budget de **23,2 Md€** (2016).

L'AGEFIPH finance les aménagements de postes de travail pour les travailleurs handicapés dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi. Ces dépenses se sont élevées à **450 M€** en 2016. Le **Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPHFP)** fait de même pour la fonction publique, à hauteur de 157 M€ en 2016.

Repères

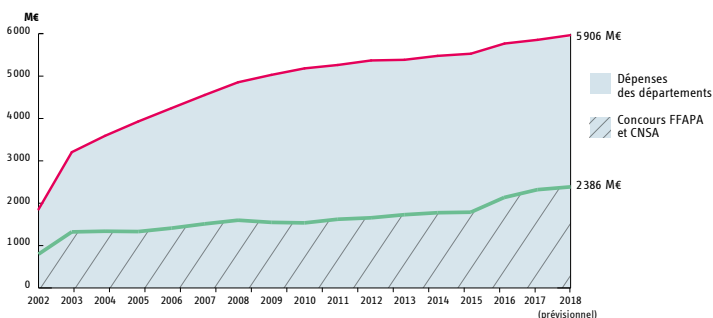
Les dépenses liées aux prestations individuelles

L'APA et la PCH sont versées, aux personnes bénéficiaires, par les départements qui en assurent le financement. Ceux-ci reçoivent une compensation à travers un concours national financé par la CNSA.

> Dépenses d'APA

En 2017, le concours de la CNSA s'est élevé à **2 367,1 M€** (1 913,4 M€ pour l'APA 1 et 453,7 M€ pour l'APA 2), soit **40,8 %** des **5 798 M€** de dépenses prévisionnelles d'APA des conseils départementaux.

Évolution des dépenses d'APA⁽¹⁾ et des concours FFAPA⁽²⁾ puis CNSA versés aux départements depuis 2002



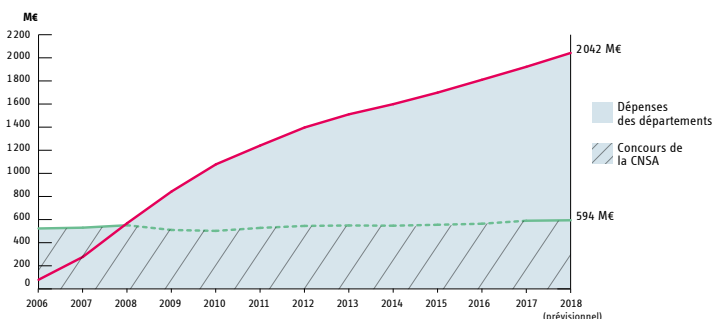
Source : CNSA 2018.

(1) APA : y compris APA 2 - (2) Fonds de financement de l'APA.

> Dépenses de PCH

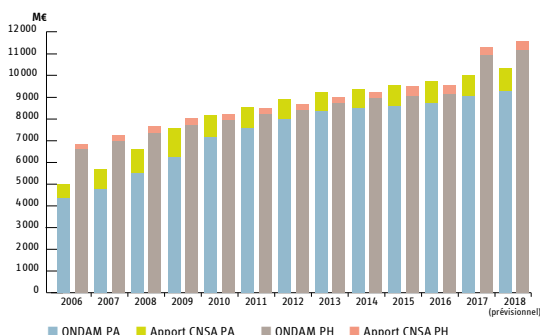
En 2017, le concours de la CNSA s'est élevé à **590,2 M€**, soit **31 %** des **1 922 M€** de dépenses prévisionnelles de PCH nettes de la diminution des dépenses d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des conseils départementaux.

Évolution des dépenses de PCH et du concours CNSA versé aux départements depuis 2006



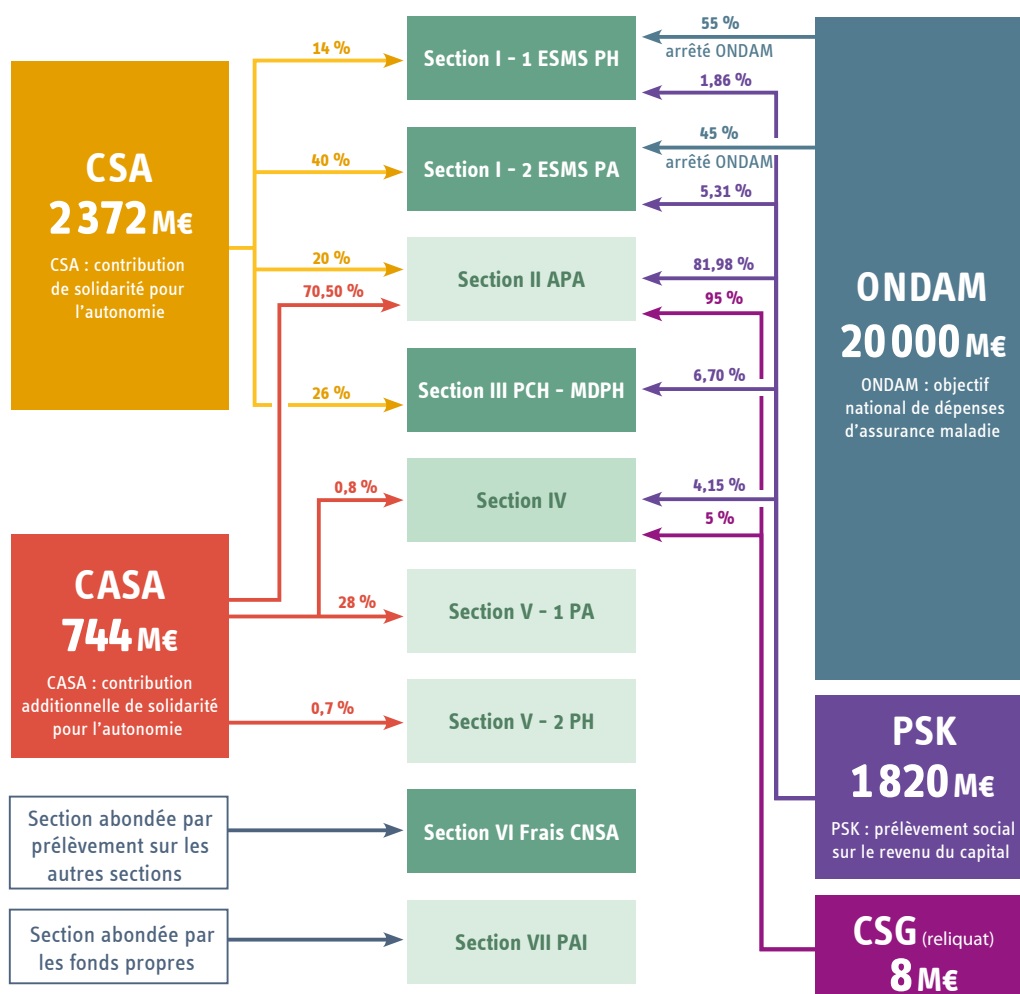
Source : CNSA, 2018.

Les crédits dédiés aux établissements et services médico-sociaux (en M€)



Source : LFSS 2017

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



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

PA : personnes âgées ; PH : personnes handicapées.

* en droits constatés

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

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

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

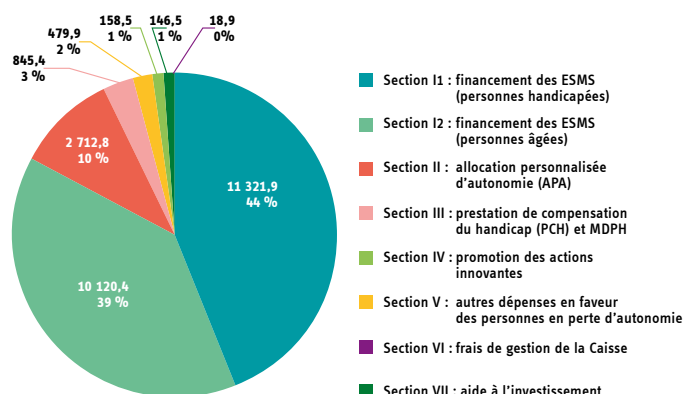
				Comptabilité générale en droits constatés (DC)				Comptabilité budgétaire en encaissements				Écart DC encaissements	
				2017		2016	Variation	2017		2016	Variation	2017	2016
Section	Intitulé	Sous-section	Recette	Détail	Total	Total			Détail	Total		Total	
I	Financement du fonctionnement des ESMS	1/ personnes handicapées	ONDAM	10 949,9	11 315,8	9 501,8	19,1 %	10 933,4	11 299,8	9 447,0	19,6 %	16,0	54,8
			CSA	332,1				328,6					
			PSK	33,9				33,2					
			DCT (reliquat)					4,6					
		2/ personnes âgées	ONDAM	9 049,7	10 095,1	9 755,3	3,5 %	9 042,9	10 089,7	9 598,8	5,1 %	5,4	156,5
			CSA	948,8				938,9					
			PSK	96,6				94,9					
			DCT (reliquat)					13,0					
II	Concours aux départements pour le financement de l'APA		PSK	1 492,1	2 498,1	2 278,2	9,7 %	1 465,2	2 465,9	2 121,4	16,2 %	32,2	156,8
			CSA	474,4				469,4					
			CASA	524,4				524,7					
			DCT (reliquat)					6,5					
			CSG (reliquat)	7,2									
III	Concours aux départements pour le financement de la PCH et des MDPH		CSA	616,7	738,6	653,4	13,0 %	610,3	738,5	551,7	33,9 %	0,1	101,7
			PSK	121,9				119,7					
			DCT (reliquat)					8,5					
IV	Financement des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services		PSK	75,5	81,9	77,7	5,3 %	74,2	80,1	76,2	5,1 %	1,7	1,5
			CASA	6,0				6,0					
			CSG (reliquat)	0,4									
V	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	1/ personnes âgées	CASA	208,3	213,5	321,1	- 34 %	208,4	213,6	267,8	- 20,2 %	- 0,1	53,2
		2/ personnes handicapées	CASA	5,2				5,2					
Total des recettes ONDAM et recettes propres				24 943	24 943	22 587,6	10,4 %	24 887,7	24 887,7	22 063,0	12,8 %	55,3	524,6

Source : CNSA/DR.

Les dépenses financées en 2017

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

➤ Répartition par section des charges 2017 de la CNSA (en M€)



Source : CNSA/DR.

➤ Une section I en hausse de 10,4 % par rapport à l'OGD exécuté en 2016

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

- **pour les personnes âgées, l'OGD exécuté est de 10 013,4 M€** soit une augmentation de 2,9 % par rapport à 2016 (9 731,9 M€) ;
- **pour les personnes handicapées, l'OGD exécuté est de 11 285,3 M€**, en hausse de 18,1 % par rapport à celui de 2016 (9 553,9 M€).

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

- pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées, 32,9 M€ délégués aux agences régionales de santé (ARS) pour financer les groupes d'entraide mutuelle (GEM), 0,4 M€ dédiés au fonctionnement de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'Agence nationale

d'appui à la performance (ANAP), financements proches de ceux de 2016, en légère augmentation pour les GEM (+ 2,9 M€) ;

- pour les établissements et services accueillant des personnes âgées, 94,6 M€ délégués aux ARS pour financer un total de 338 MAIA⁷ (comme en 2016 pour une dépense 2016 de 85,1 M€), 0,7 M€ dédié au fonctionnement de l'ANESM, 0,5 M€ pour le fonctionnement de l'ANAP et 2,9 M€ pour financer des études de coûts sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) et la reprise des tableaux de bord de l'ANAP auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (en augmentation par rapport à 2015 et 2016 où le financement pour l'ATIH s'élevait à 0,8 M€ puis 1,3 M€).

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

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

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

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

- En section II, **le concours APA 1** (allocation personnalisée d'autonomie) **s'établit à 1 913,4 M€,** soit + 4,7 % par rapport au concours 2016, auquel il convient d'ajouter les **453,7 M€ de concours APA 2**, instauré à compter de 2016 pour accompagner la réforme de l'APA et financé par la CASA (montant prévisionnel à ce stade⁸), soit un total de **2 367,1 M€ en 2017** contre 2 134,9 M€ en 2016 (qui intégrait 306,7 M€ en prévision au titre de l'APA2 qui s'est finalement réalisé à 204,8 M€).
- En section III, **le concours PCH** (prestation de compensation du handicap) **s'élève à 590,2 M€** contre 564,4 M€ en 2016, soit + 4,6 % par rapport au concours 2016, et **le concours MDPH est maintenu à 70,8 M€** comme en 2016.
- En section III, une dotation directe au profit des MDPH est nouvellement inscrite au budget de la CNSA (elle était, jusqu'en 2016, portée par le budget de l'État). Elle a vocation à compenser financièrement le coût des postes vacants suite au départ des MDPH de personnels de l'État ainsi que leurs dépenses de fonctionnement. Cette dotation s'est élevée à **71,1 M€ pour 2017**.

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

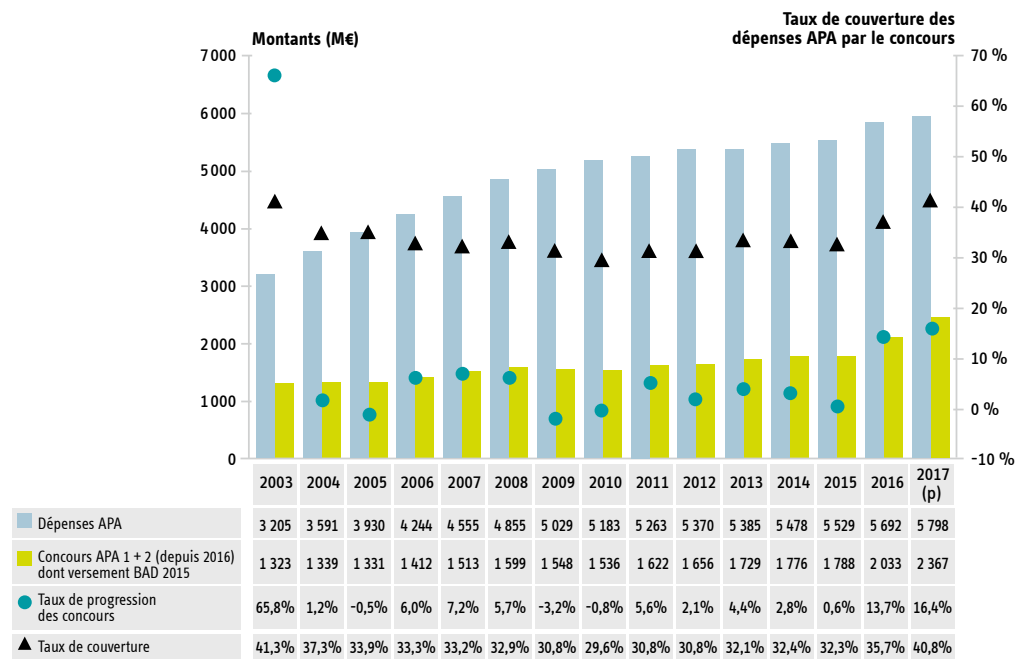
Le rapport entre les concours de la CNSA alloués aux départements et les dépenses effectivement réalisées par ceux-ci au titre des différentes prestations servies permet de déterminer **le taux de couverture**. Les dépenses définitives étant connues en juillet n + 1, le taux de couverture définitif est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

Concernant l'APA, il s'établit, pour 2016 à 35,7 %, en progression par rapport à l'année précédente (+ 3,4 %). Le graphique ci-contre permet de reconstituer une chronique depuis 2003. Les données 2017 sont provisoires à ce stade.



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

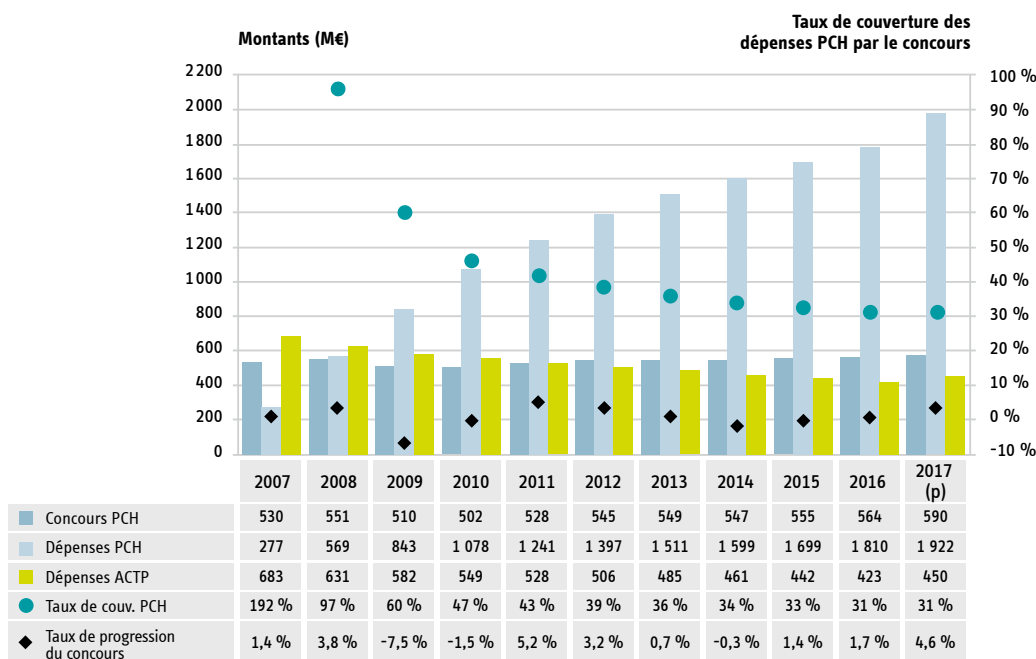
➤ Allocation personnalisée d'autonomie



Source : CNSA/DR.

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

➤ Prestation de compensation du handicap



Source : CNSA/DR.

Sur 2017, les sections II et III ont connu l'impact exceptionnel d'un fonds de soutien⁹ de 100 M€ au profit des départements et collectivités dont la situation financière est la plus dégradée, cette dégradation étant appréciée au regard de la progression respective de leurs recettes et de leurs dépenses sociales. Les dépenses associées seront décaissées en 2018.

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

➤ Une exécution de la section IV presque à l'équilibre

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

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

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

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

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

➤ En section V, des dépenses relatives à la conférence des financeurs et des mesures issues de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai 2016

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

Sur 2017, elles s'élèvent à 298,5 M€ d'engagements et 456,1 M€ en décaissements.

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

Les autres dépenses de cette section concernent essentiellement :

➤ les concours aux départements relevant de la conférence des financeurs, à savoir :

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

➤ les dépenses d'ingénierie relatives à l'accompagnement par la CNSA de la mise en place par les départements de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ; exécutées à hauteur de 5,05 M€ en 2016 et 0,12 M€ en 2017 s'agissant des conventions effectivement conclues entre la CNSA et les conseils départementaux, elles ont été réglées à hauteur de 3,1 M€ en 2016 et 1,5 M€ en 2017 (le solde sera réglé en 2018) ;

➤ les dépenses d'accompagnement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » à hauteur de 7,4 M€.

Le dispositif s'est traduit par l'allocation initiale d'un budget de 8 M€, décidée en 2016 et portée à 9,9 M€ en 2017 (100 000 € par territoire). En 2016, 24 territoires pionniers ont bénéficié de 2,5 M€. En 2017, à la suite de l'appel à candidatures lancé à l'automne 2017, 66 nouveaux territoires ont décidé d'entrer dans la démarche. Les versements 2017 se sont élevés à 7,4 M€, soit au total 9,9 M€ sur 2016 et 2017.

- les dépenses **d'études, de recherche et de soutien à des actions innovantes**, notamment réalisées au moyen de subventions versées à des partenaires du secteur médico-social ou des acteurs de la recherche, dont les engagements en 2017 s'élèvent à 11,6 M€ s'agissant des personnes handicapées et 4,7 M€ s'agissant des personnes âgées et les décaissements (au titre de ces mêmes engagements et d'engagements antérieurs) respectivement à 9,1 M€ et 5,9 M€ ;
- 5 M€ de dotation au fonds de concours du budget de l'État relatif au fonds de compensation du handicap ;
- 10 M€ dépensés pour le PAI en faveur des résidences autonomes.

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

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

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

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

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

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

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

FOCUS

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

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

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



Les fonds propres de la CNSA

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

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

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

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

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



Ces dépenses contribuent à diminuer les fonds propres.

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

Il en résulte un **passage des fonds propres de 681 M€ à 578 M€** (y compris correction comptable de la balance d'entrée au 1^{er} janvier 2017¹⁰).

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

Repères

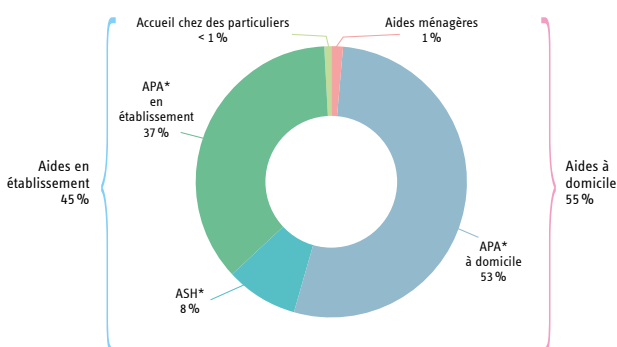
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1 285 500

C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2016, dont 757 400 à domicile et 528 100 en établissement.

Sources : DREES, enquêtes Aide sociale 2016.

➤ Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2016 (en mesures d'aide)



Sources : DREES, enquêtes Aide sociale 2012 à 2016, CNAF, CCMSA, DARES.

➤ L'APA : des plafonds en fonction de la perte d'autonomie

L'APA est attribuée à domicile ou en établissement. L'APA à domicile est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Le montant de l'allocation est fixé en fonction des besoins de la personne, précisés dans le cadre d'un plan d'aide et en tenant compte de tarifs réglementaires en fonction du degré de perte d'autonomie. Les personnes sont ainsi réparties entre quatre groupes iso-ressources (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie). Le niveau de participation de la personne varie selon ses ressources.

➤ Montants plafonds mensuels de l'APA au 1^{er} janvier 2017 pour ces quatre groupes :

GIR 1 : 1 714,79 €

GIR 3 : 994,87 €

GIR 2 : 1 376,91 €

GIR 4 : 663,61 €

➤ Pourcentage de bénéficiaires de l'APA par GIR au 31 décembre 2016.

À domicile	En établissement
GIR 1 : 2 %	GIR 1 : 16 %
GIR 2 : 17 %	GIR 2 : 43 %
GIR 3 : 22 %	GIR 3 : 18 %
GIR 4 : 59 %	GIR 4 : 23 %

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016.

Repères

La prestation de compensation du handicap (PCH)

284 086

personnes ont perçu un versement au titre de la PCH en décembre 2016⁽¹⁾.

309 500

demandes de PCH ont été déposées en 2016 auprès des MDPH⁽²⁾.

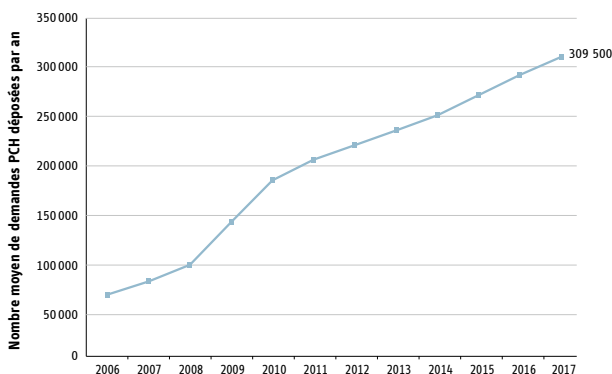
45 %

des décisions ont donné lieu à un accord⁽²⁾.

Sources : (1) enquête DRESS, Aide sociale, 2016.

(2) enquête auprès des MDPH relative à la PCH, CNSA, 2017.

➤ Évolution des demandes de PCH déposées par an, entre 2006 et 2017



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, année 2017.
Données définitives extrapolées à la population française.

➤ La PCH : des plafonds selon les éléments de la prestation

La PCH peut être affectée à des charges de nature différente, selon les besoins liés au handicap. La prestation est construite autour des différents éléments auxquels les personnes handicapées peuvent prétendre.

Chaque élément est attribué, en fonction des besoins recensés dans le plan personnalisé de compensation, dans la limite d'un plafond.

➤ Les plafonds par éléments, fixés au niveau national (pour 2017)

1	Aide humaine	Tarif horaire qui varie selon le statut de l'aidant : ➤ entre 13,61 et 14,11 €/h pour l'emploi direct ➤ entre 14,97 et 15,52 €/h pour un service mandataire ➤ 17,77 €/h pour un service prestataire ➤ 3,73 €/h pour un aidant familial dédommagé ➤ 5,59 €/h pour un aidant familial dédommagé (si cessation totale ou partielle d'une activité professionnelle)
2	Aides techniques	3 960 € pour trois ans (sauf cas de déplafonnement)
3	Aménagement du logement Aménagement du véhicule, surcoûts liés aux transports	10 000 € pour dix ans 5 000 € (ou 12 000 € sous conditions) pour cinq ans
4	Charges spécifiques ou exceptionnelles	100 € par mois 1 800 € pour trois ans
5	Aide animalière	3 000 € pour cinq ans

2.4

Mieux connaître les besoins et favoriser un accès équitable aux droits

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

En 2017, plusieurs chantiers sont poursuivis dans cet esprit par la CNSA, en lien avec les professionnels de terrain, et notamment : l'harmonisation des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ; le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prenant notamment en compte les besoins des aidants ; la finalisation de la révision de l'outil PATHOS¹¹ ; la mise en place d'un système d'information (SI) du suivi des décisions d'orientation en établissement ou service prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou encore la réduction des disparités des taux d'équipement entre départements, en définissant de nouveaux critères de répartition des financements des établissements et services pour personnes handicapées.

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

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

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

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

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

➤ Phase pilote : sept MDPH engagées

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

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

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

TÉMOIGNAGE



Nicolas Flipo

Chargé de projets « modernisation », MDPH de la Seine-Maritime

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

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

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

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

TÉMOIGNAGE



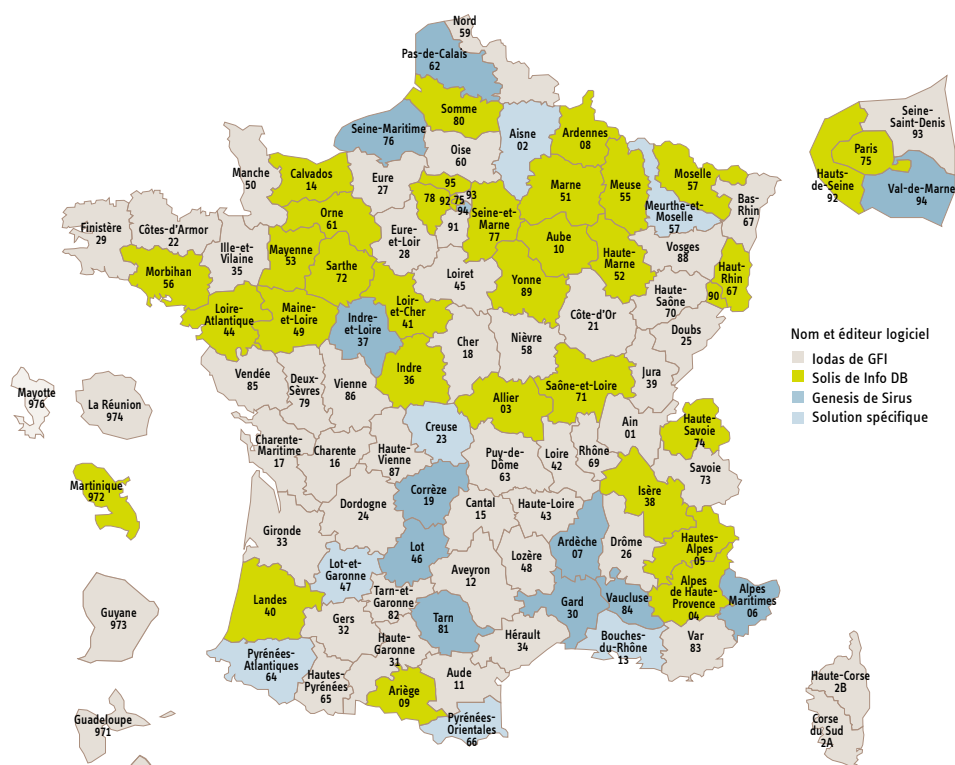
Jean-Christophe Thorel
Directeur des systèmes d'information,
conseil départemental de la Seine-Maritime

« Un partenariat fort avec notre éditeur. »

Le système d'information de la MDPH 76, à l'instar de tous les autres systèmes de l'action sociale du département, repose essentiellement sur le logiciel Genesis, développé par l'éditeur Sirus-Atos. Ayant participé activement aux groupes de travail de définition du tronc commun, également pilote sur la dématérialisation des échanges avec la CAF et la connexion avec le SNGI, nous n'avons pas hésité à nous porter candidat comme pilote de cette transformation. La très étroite collaboration que nous entretenons avec la MDPH a facilité cette décision.

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

➤ Répartition des solutions logicielles dans les 102 MDPH



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

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

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

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

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

La répartition des financements en fonction des besoins des populations

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

Les critères ont été repensés sur la base d'une nouvelle pondération des indicateurs, mais également d'une nouvelle méthode de répartition, dite des « dotations cibles relatives ».

> Méthode des dotations cibles relatives

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

Les différences de taux d'équipement, les évolutions démographiques prévisionnelles et les indicateurs de besoin sont mieux pris en compte.

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



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

➤ La seconde version des ordonnances PATHOS est finalisée

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

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

Désigné par le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, un groupe technique composé de gériatres s'est réuni quinze fois pour mener à bien cette actualisation. Appuyé par un groupe d'experts, professionnels médicaux et paramédicaux, il a tout d'abord réécrit 169 ordonnances plus adaptées aux situations rencontrées. Le champ de la prévention a été pris en compte, avec 6 ordonnances correspondant à des situations à risque.

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

collective d'actes très fréquents comme la prise de médicaments.

La valorisation financière des nouvelles ordonnances (coût horaire) a permis de lancer des études d'impact sur les dotations des établissements. La CNSA procédera en 2018 à des simulations au niveau macroscopique, mais aussi au niveau de chaque établissement, en appliquant la nouvelle grille de codage aux évaluations des résidents des cinq dernières années.



TÉMOIGNAGE



Danièle Steinbach
Médecin chargée
de mission, CNSA

« Former et accompagner sur PATHOS. »

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

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

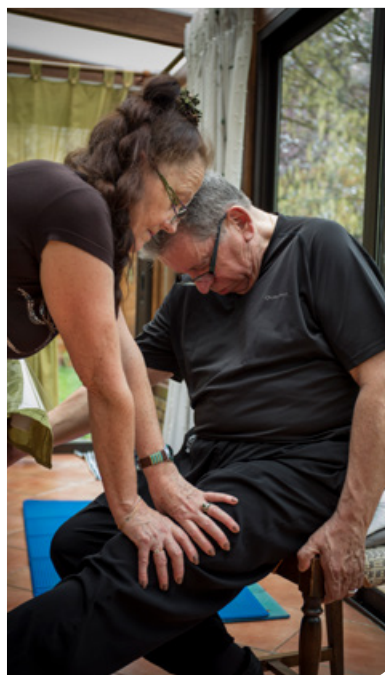
Nous avons également commencé à structurer et animer le réseau départemental. Environ 70 % des conseils départementaux étaient ainsi présents à la réunion d'octobre 2017.

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



L'ESSENTIEL

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



2.5

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

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

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

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

Depuis sa création en 2005, la CNSA apporte son soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile. L'enjeu est de

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

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

À la suite de l'appel à candidatures qu'elle avait lancé en novembre 2016, la CNSA a signé 50 conventions avec les départements. Dans ce cadre, 43 M€ seront versés par la CNSA à ces derniers. En contrepartie, les départements s'engagent à contractualiser avec des SAAD de

leur territoire à travers des CPOM qui précisent leur appui financier. Ils se sont engagés à un effort financier supplémentaire, à hauteur de 81 M€. Les crédits du fonds d'appui exercent ainsi un effet de levier pour l'amélioration des pratiques, notamment tarifaires. Au total, 124 M€ seront mobilisés.

Les 7 M€ restants du fonds d'appui ont été répartis entre les agences régionales de santé

(ARS). Elles les ont mobilisés pour aider à la restructuration des SAAD en difficulté situés sur le territoire des départements qui n'ont pas conclu de convention.

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



INTERVIEW

Jean-Luc Gleyze

Président du conseil départemental de la Gironde

🗨️ Quelle est votre politique d'aide à domicile ?

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

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

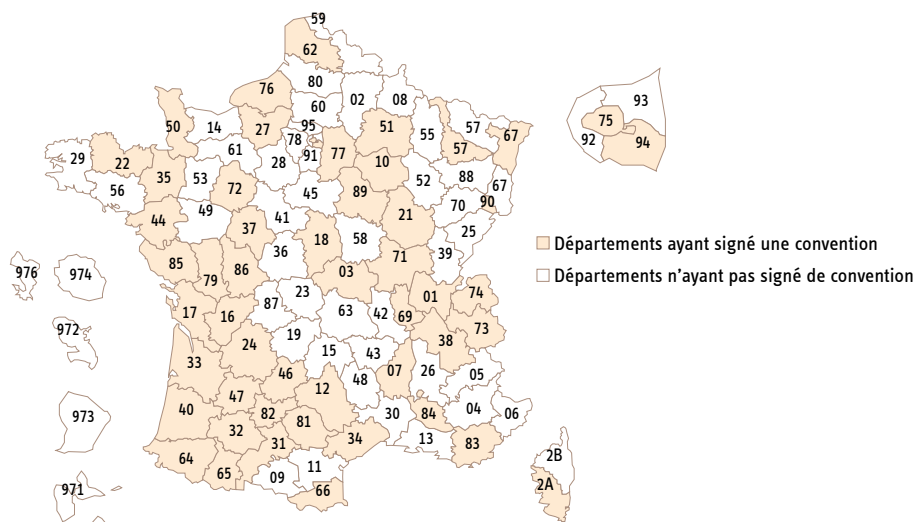
À titre d'exemple, jusqu'à récemment, il n'existait pas de réelle alternative pour les personnes en situation de handicap entre un hébergement à domicile ou en établissement spécialisé. Le département s'est saisi de cette problématique en accompagnant une initiative de maison partagée portée par une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

🗨️ Pouvez-vous nous décrire une initiative clé ?

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

Grâce au concours de la CNSA, nous avons pu initier un CPOM à l'échelle d'un territoire girondin. Sur ce périmètre, nous mobilisons cinq acteurs volontaires pour mettre en commun leur savoir-faire au profit des usagers. La volonté est de privilégier les complémentarités de prise en charge qu'offre chacun de ces acteurs pour faciliter le parcours de l'usager et mieux accompagner les intervenants, en se soutenant mutuellement dans les situations complexes. Un mode de contractualisation inédit, bâti sur l'intelligence collective, que nous comptons généraliser, en tenant compte des spécificités et des équilibres propres à chaque territoire. Il s'agit de faire du sur-mesure ! 🗨️

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



FOCUS

➤ Les travaux sur l'évolution de l'allocation des ressources des SAAD sont lancés

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

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

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

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

élargie au champ des personnes âgées, dans le cadre notamment de la création de l'**Observatoire national de l'habitat inclusif**.

➤ L'habitat inclusif

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

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

qui s'est tenue le 30 novembre 2017. Plus de 200 personnes ont échangé sur leur expérience de construction de projets, de financement et d'ancrage sur les territoires.

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



INTERVIEW

Anne Séward

Directrice adjointe de SOLiHA Centre-Val de Loire

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

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

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

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

Repères

Des établissements et services pour les personnes âgées et handicapées

➤ Des réponses à tous les âges de la vie

Domaines de la vie	Âge	Accompagnement médico-social
Accueil petite enfance Scolarisation ¹ Éducation	0-19 ans	CAMSP – CMPP – SESSAD – IME – ITEP – IEM – IDS – EEAP ➤ 104 413 places en établissements ➤ 292 669 enfants accompagnés par un service ou en soins ambulatoires : – 52 669 en SESSAD – 65 000 en CAMSP ² – 175 000 en CMPP ²
Formation professionnelle Emploi Logement et vie sociale Accueil et accompagnement médicalisé	20-59 ans	ESAT – CRP – CPO ➤ 118 331 places en ESAT ➤ 10 560 places en CRP-CPO-UIEROS SAVS – SAMSAH – SSIAD – FAM – MAS – FH – FV ➤ 53 862 places de services intervenant à domicile ➤ 28 311 places en MAS ➤ 28 938 places en FAM et 2 928 places en FP ➤ 39 922 places en FH ➤ 49 891 places en FV ➤ 6 792 places d'accueil temporaire ou en établissements expérimentaux
Aide et soins à domicile Hébergement (médicalisé ou non)	60 ans et plus 75 ans et plus	SSIAD – SPASAD – EHPAD – USLD – AJ – HT – RA – EHPA ➤ 879 521 places pour personnes âgées en perte d'autonomie dont : – 605 059 places en EHPAD – 31 404 places en USLD – 124 375 places en SSIAD et SPASAD – 25 821 places en AJ, HT, EHPAD et CJ – 111 018 logements en RA – 8 021 places en EHPA

➤ Lexique

Établissements et services relevant, au moins partiellement, d'un financement de l'assurance maladie :

- **AJ, HT** : Accueil de jour, Hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes
- **CAMSP** : Centre d'action médico-sociale précoce
- **CJ** : Centre de jour
- **CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique
- **CRP-CPO** : Centre de rééducation professionnelle – Centre de préorientation
- **EEAP** : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
- **EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ESAT** : Établissement et service d'aide par le travail
- **FAM** : Foyer d'accueil médicalisé
- **FP** : Foyer polyvalent
- **IDS** : Institut pour déficients sensoriels
- **IEM** : Institut d'éducation motrice
- **IME** : Institut médico-éducatif
- **ITEP** : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- **MAS** : Maison d'accueil spécialisée
- **SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- **SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- **SPASAD** : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- **SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile
- **USLD** : Unité de soins de longue durée

Établissements et services relevant d'autres financements :

- **EHPA** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **FH** : Foyer d'hébergement
- **FV** : Foyer de vie
- **RA** : Résidence autonomie
- **SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale

Source : STATISS 2017 et ES 2010 (DREES).

- 279 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2015 et 79 714 en unité d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et sanitaires (Source : ministère de l'Éducation nationale – Références et repères statistiques 2016).
- DREES, enquête ES (établissements spécialisés), 2010.

Repères

Des écarts territoriaux à réduire

La répartition et les coûts des établissements et services médico-sociaux sont inégaux sur le territoire national.

La réduction des écarts est un objectif posé par la loi, que la CNSA s'attache à atteindre. Elle est mesurée par les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé à la loi de financement de la Sécurité sociale.

➤ Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2015 et 2016

Personnes handicapées

Objectif: Réduction des écarts	Interrégional		Interdépartemental	
	adultes	enfants	adultes	enfants
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	En baisse	En baisse	En baisse	En hausse
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie pour 1000 habitants	En baisse	En baisse	En baisse	En baisse

Personnes âgées

Objectif: Réduction des écarts	Interrégional	Interdépartemental
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	En hausse	Stable
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie pour 1000 habitants	Stable	Stable

« Stable » signifie ici que l'écart est inférieur ou supérieur de 0,5 % par rapport à l'exercice précédent.

Les dépenses d'assurance maladie prises en compte ici sont :

- pour le secteur personnes handicapées, l'ensemble des versements effectués aux ESMS ;
- pour le secteur personnes âgées, l'ensemble des versements effectués aux ESMS complétés des versements aux unités de soins de longue durée et des actes infirmiers de soins des infirmiers libéraux.

➤ Développement de réponses spécifiques

Aux plans pluriannuels de développement de l'offre de la fin des années 2000, dont le déploiement continue à produire des effets en termes de créations de places, succèdent désormais des programmes plus ciblés comme ceux destinés aux personnes avec handicaps rares ou aux personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

Schéma Handicaps rares 2014-2018 :

- Déploiement de l'organisation intégrée au sein des territoires, à travers la mise en place des équipes-relais.
- Amélioration du repérage précoce et de l'évaluation des situations de handicap rare.
- Promotion de la continuité du parcours de vie à travers une meilleure coopération entre secteurs et le soutien à de nouvelles modalités d'accompagnement.
- Développement des compétences individuelles et collectives sur les situations de handicaps rares, en prenant mieux en compte l'expertise des familles.
- Promotion de la recherche, diffusion de la connaissance et renforcement de la formation des professionnels et des proches pour une culture partagée.

Plan Autisme 2013-2017 :

Le plan prévoit un volume de crédits global de 195 M€ pour l'évolution de l'offre médico-sociale, dont la majeure partie pour la création de places nouvelles :

- Unités d'enseignement en maternelle : 700 places ;
- SESSAD : 850 places (dont 300 places spécifiques dans le cadre de la mise en place du triptyque repérage / diagnostics / interventions précoce) ;
- accueil temporaire : 350 places ;
- adultes (MAS, FAM, SAMSAH) : 1500 places.

Le plan prévoit également 40,1 M€ pour le renforcement de l'offre existante, et 17,9 M€ pour le renforcement de l'offre en CAMSP.

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

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

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

> Dans le champ des personnes âgées

Les dix dernières années ont été marquées par une croissance importante de l'offre médico-sociale en nombre de places installées (+ 87 % entre 2005 et 2016). Elle tend à se diversifier, mais est encore dominée par l'accueil en hébergement permanent. L'accompagnement à domicile augmente, en particulier l'accueil de jour dont le nombre de places a été multiplié par 6 et dont la couverture territoriale s'améliore.

Au total, 724 634 places en établissements et services ont été financées par l'assurance maladie. Si le taux national d'équipement est de 119 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, des écarts subsistent entre les départements, entre 52 et 198.

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

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

Source : FINESS au 31 décembre 2016, INSEE.

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

Les plans nationaux

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

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

➤ Bilan des plans Alzheimer et Maladies neurodégénératives

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

Outre le développement des établissements et services médico-sociaux, la CNSA contribue à la mise en œuvre et au suivi de plusieurs mesures du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, notamment celles concernant les MAIA¹², l'aide aux aidants et la recherche.



INTERVIEW

Sophie Moreau-Favier
Chef de projet MAIA, CNSA

“ Où en est le déploiement de MAIA ?

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

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

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

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

Par ailleurs, nous avons poursuivi en 2017 notre engagement dans les travaux pilotés par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) pour faciliter la convergence des différents dispositifs de coordination des parcours.

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

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

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

➤ Dans le champ des personnes handicapées

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

Pour les adultes, les ESMS médicalisés financés par l'assurance maladie sont minoritaires dans l'ensemble de l'offre médico-sociale :

2,6 places pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans contre 3,8 places financées par les conseils départementaux. Les trois quarts des structures sont des établissements.

Le taux d'équipement et la dotation par habitant, fortement corrélés, présentent de grandes disparités entre les départements. En 2016, 4 417 places ont été installées (2 358 places adultes et 2 059 places enfants), pour 137,3 M€.

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

Les plans nationaux

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

Au 31 décembre 2016, 36 161 places étaient installées soit 82 % des places notifiées.

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

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

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

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

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

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



 FOCUS

➤ La CNSA contribue aux plans Autisme

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

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

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

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

Lancée officiellement en juillet 2017, la concertation pour définir la Stratégie nationale pour l'autisme s'est déroulée sur six mois, à la fois dans les territoires et au niveau national. La CNSA a participé aux cinq groupes de travail nationaux constitués sur les thématiques de l'inclusion scolaire, de l'inclusion sociale, de la recherche, de l'appui aux familles et de la qualité des interventions. La CNSA siège au comité de pilotage du plan, présidé par Claire Compagnon, ainsi qu'au groupe technique interadministratif piloté par le Secrétariat général du Comité interministériel du handicap (SGCIH).

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

La Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022 a été présentée en avril 2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

restructuration, dans un objectif d'amélioration du confort et de la sécurité des résidents.

Les crédits délégués de 2014 à 2016 avaient permis de lancer 129 projets correspondant à 6 981 logements individuels. La nouvelle enveloppe de 10 M€ déléguée en 2017 a donné

lieu à un nouvel appel à projets : 59 dossiers ont été sélectionnés pour 2 843 logements. Ce plan d'aide a un effet levier très fort car 1 € attribué déclenche environ 6,6 € dans le cadre d'autres financements.



INTERVIEW

Dominique Penhouet

Directeur adjoint de l'ARS Bretagne

Comment abordez-vous la transformation de l'offre ?

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

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

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

Quel accompagnement attendez-vous de la CNSA ?

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



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

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé institue la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et prévoit notamment son entrée en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2018. Les 24 sites pionniers de 2015 ont été rejoints, au cours de l'année 2017, par 66 territoires répartis en deux vagues, portant à 90 le nombre total de territoires engagés dans la démarche.

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

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

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

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

➤ La mise en place du dispositif d'orientation permanent

Le premier axe de la démarche est piloté par la CNSA. Il pose les principes de la conception et du déploiement du dispositif d'orientation permanent, qui consiste à proposer des réponses adaptées aux besoins et aux projets des personnes handicapées. Lorsqu'une orientation notifiée ne peut être mise en œuvre immédiatement, une réponse alternative formalisée dans un plan d'accompagnement global est prévue. Il peut s'agir d'une réponse partielle ou totale ou encore d'une adjonction de réponse(s) construite(s) au regard de l'offre disponible sur un territoire. L'ensemble des partenaires sur un territoire se mobilisent afin



d'apporter une solution qui réponde autant que possible aux besoins et attentes de la personne. L'objectif est notamment de prévenir les risques de rupture dans l'accompagnement, et d'améliorer l'adéquation des réponses aux besoins et attentes de toutes les personnes en situation de handicap.

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

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

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

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

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

➤ Le renforcement des partenariats pour déployer la démarche

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

La convention territoriale concrétise la mobilisation collective des acteurs en formalisant les engagements de chacun (ARS, département, MDPH, Éducation nationale, Caisse primaire d'assurance maladie – CPAM,

Caisse d'allocation familiale – CAF...) en matière de partage des données, d'amélioration de la planification de la réponse, d'organisation des réponses aux situations d'urgence, de meilleure coordination des ressources, ou bien encore d'accompagnement de l'évolution des pratiques. Dans certains territoires, l'ARS et le département ont défini des principes de dérogation encadrée pour accompagner de façon plus réactive les personnes au plus près de leurs besoins et pour limiter les interventions des uns et des autres.

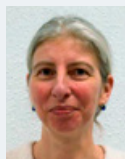
Le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la démarche (collaboration avec la MDPH, participation au système d'information de suivi des orientations...) peut être précisé dans un ou plusieurs des engagements pris dans le CPOM que chaque établissement doit conclure avec son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

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre

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

Cette stratégie est dotée d'une enveloppe de 180 M€ pour la période 2017-2021. Si une partie de ces crédits est fléchée sur le développement quantitatif de l'offre, en particulier les 20 M€ destinés aux territoires ultramarins les plus déficitaires en équipements,





INTERVIEW

Réjeanne Bertrand

Directrice de la MDPH de la Loire

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

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

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

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

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

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

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

au moins la moitié des 160 M€ répartis sur la France entière doit accompagner le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale afin de la rendre plus souple et plus inclusive.

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

Des outils pour suivre la transformation de l'offre

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

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la démarche « Une réponse accompagnée pour

tous », dans laquelle s'inscrit l'évolution de l'offre, est conçu en parallèle.

Les deux démarches sont articulées et complémentaires.

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

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

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

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

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

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



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

➤ Le pilotage des établissements par les ressources

Un premier bilan de la généralisation de la contractualisation a été établi par la DGCS à la mi-2017, à partir de données transmises par les ARS. La programmation des CPOM est largement engagée : entre 2016 et 2021, **5 961** sont programmés avec les EHPAD et **2 639** avec des établissements dans le secteur du handicap. Sur le plan qualitatif, on dénombre 375 CPOM d'EHPAD « multi-activités » et 541 CPOM interdépartementaux et régionaux.

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

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

La CNSA a accompagné au plus près les personnels des ARS et des départements en charge de l'allocation des ressources et de la contractualisation, dont les pratiques professionnelles sont modifiées par ces réformes. Elle a financé et organisé avec le Centre national de la fonction publique (CNFPT)

cinq sessions de formation qui ont permis de former 250 agents. Le programme de cette formation a été élaboré par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en concertation avec la DGCS, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la CNSA. Les fédérations et associations gestionnaires ont également été formées. De plus, la CNSA a organisé deux journées d'information à l'intention des correspondants des conseils départementaux.

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

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

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

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

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

La CNSA a également procédé à un important travail de simulation de **l'impact budgétaire de la réforme tarifaire des EHPAD** sur le volet soins et sur le volet dépendance. L'exploitation des comptes administratifs 2016 des EHPAD et les valeurs de point groupes iso-ressources (GIR) départementales ont permis à la CNSA

FOCUS

➤ Deux publications sur les EHPAD en 2017

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

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

d'estimer l'impact de la réforme, notamment sur le volet dépendance. Les résultats de ces simulations ont été présentés lors du premier comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation le 25 septembre 2017. La CNSA a ensuite apporté son appui aux travaux du médiateur désigné par la ministre pour évaluer les impacts de la réforme.

➤ SERAFIN-PH, une réforme tarifaire pour faciliter les parcours

La CNSA copilote avec la DGCS le projet de réforme de la tarification SERAFIN-PH (services et établissements, réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées). Cette réforme a pour objectif d'aboutir à de nouvelles modalités



tarifaires favorisant l'évolution de l'offre médico-sociale vers des réponses plus souples dans le temps, s'ajustant mieux aux besoins des personnes concernées et de leur entourage. Elle doit faciliter les parcours et le recours à différentes modalités d'accompagnement et de soins.

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

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

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

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

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

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

La CNSA participe à leur diffusion et à leur appropriation.

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

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

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

➤ Distinguer enquête de coûts et étude de coûts

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

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



🔍 L'ESSENTIEL

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

2.6

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

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



Informier, animer, créer du lien

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

Cela implique **de créer du lien non seulement au sein des réseaux, mais aussi entre les réseaux**. Afin de susciter des échanges, des interactions ou des collaborations entre

les acteurs, la CNSA développe une **animation de plus en plus croisée** des différents réseaux auxquels elle apporte son appui – les MDPH, les départements, les agences régionales de santé (ARS), les associations nationales – ainsi qu'une **animation interdépartementale et interrégionale**.

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



INTERVIEW



Annie Coletta

Directrice de la MDPH du Calvados, présidente de l'association des directeurs de MDPH

« Depuis sa création, la CNSA assure une mission d'animation et d'appui aux MDPH. Comment percevez-vous cette mission et son évolution au fil du temps ? »

L'appui que nous apporte la CNSA est à la fois généraliste et spécialisé. Elle nous accompagne dans la mise en œuvre des politiques décidées au niveau national, qui ont des effets sur les métiers de la MDPH. Je pense à tous les groupes de travail avec les référents sur des thématiques spécifiques, comme l'insertion professionnelle, la scolarisation, les questions juridiques ou l'évaluation. La CNSA a su évoluer vers cette spécialisation de l'accompagnement, tout en lui conservant sa dimension généraliste. Les séminaires des directeurs de MDPH sont précieux pour partager les réflexions sur les nouvelles réglementations ou sur les missions et pratiques des MDPH. Cette mission d'animation et d'appui est essentielle pour que toutes les MDPH puissent apprécier et mettre en œuvre les politiques publiques de façon homogène, sur la base d'un même niveau d'information. C'est la condition de l'équité de traitement des usagers.

L'appui est aussi devenu plus dynamique grâce à de nouveaux supports, notamment la web-conférence. Nous partageons mieux et plus, ce qui favorise le développement d'une culture commune, portée par la CNSA et qui vient fédérer les pratiques.

« Sur quels enjeux estimez-vous qu'une animation croisée est prioritaire ? »

Les MDPH sont au centre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », or nous sommes confrontés, de la part des opérateurs locaux, à des interprétations différentes des directives et des degrés d'exigence variables. Nous avons besoin d'une plus grande cohérence et interpellons régulièrement la CNSA sur des points de vigilance.

La difficulté de la démarche est de mettre en relation ses différents aspects. Dans le contexte d'une forte volonté politique d'inclusion sociale des personnes handicapées, l'ajustement des réponses et des pratiques passe par une animation de plus en plus croisée avec les ARS, les départements, les directions académiques, les services de l'emploi ou encore de l'habitat.

J'insisterais sur deux enjeux prioritaires, la reconfiguration de l'offre médico-sociale, afin qu'elle s'adapte à la demande, et les schémas d'organisation du soin, en particulier les orientations portant sur les dispositifs de santé mentale. »



Repères

Membres et financeurs des MDPH

Les membres de droit de ces groupements d'intérêt public sont :

- le conseil départemental ;
- l'État ;
- les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général.

Les associations de personnes handicapées sont également membres de la commission exécutive.

71 M€

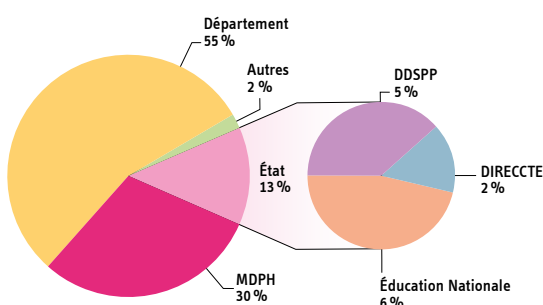
c'est le concours direct versé aux départements pour les MDPH au titre de l'année 2018.

5 294

c'est le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans les 102 MDPH en 2016.

➤ Des équipes d'origines diverses...

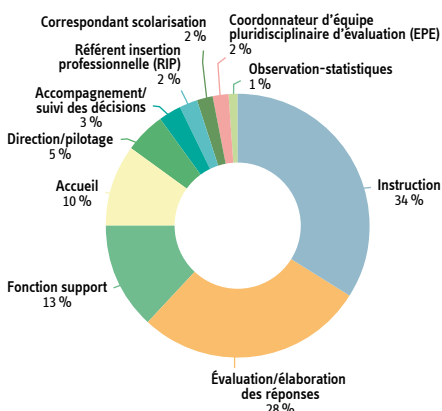
➤ Répartition des ETP réels par employeur dans les 102 MDPH en 2016



Source : CNSA, maquettes 2016.

... investies essentiellement sur le cœur de métier des MDPH

➤ Répartition des ETP effectivement travaillés internes à la MDPH, par mission/processus en 2016



Source : CNSA, maquettes 2016.

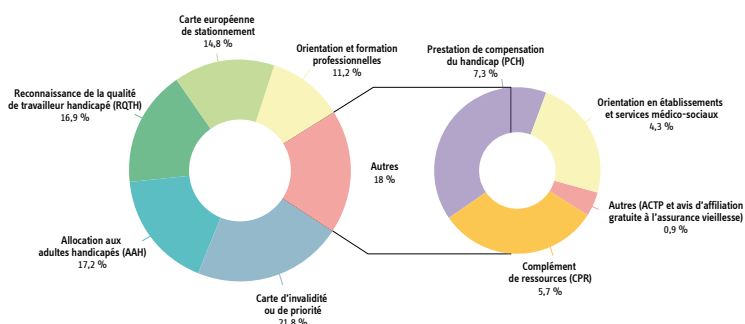
Repères

L'activité des MDPH : l'instruction et l'attribution de nombreuses prestations et décisions d'orientation

Les demandes déposées auprès des MDPH sont très diverses. Leur flux est important mais hétérogène d'un département à l'autre : il se situe entre 5 et 48 demandes pour 1000 habitants. Près de 4,44 millions de demandes ont été adressées en 2016 (+ 4,5 % en un an), dont 19 % concernent les enfants.

➤ Répartition des demandes « adultes » déposées en 2016

Échantillon : 85 MDPH

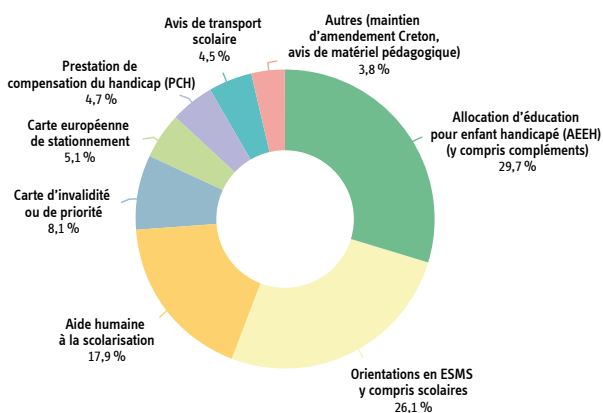


Source : Échanges annuels, CNSA 2017 (chiffres définitifs).

- La répartition des demandes reste stable en 2016.
- Les demandes de cartes pour les personnes âgées de vingt ans ou plus représentent près de quatre demandes adultes sur dix, et les demandes relatives à l'emploi comptent pour une demande sur deux (51%).
- Moins d'une demande sur dix formulée par une personne de vingt ans ou plus concerne la PCH.

➤ Répartition des demandes « enfants » déposées en 2016

Échantillon : 67 MDPH

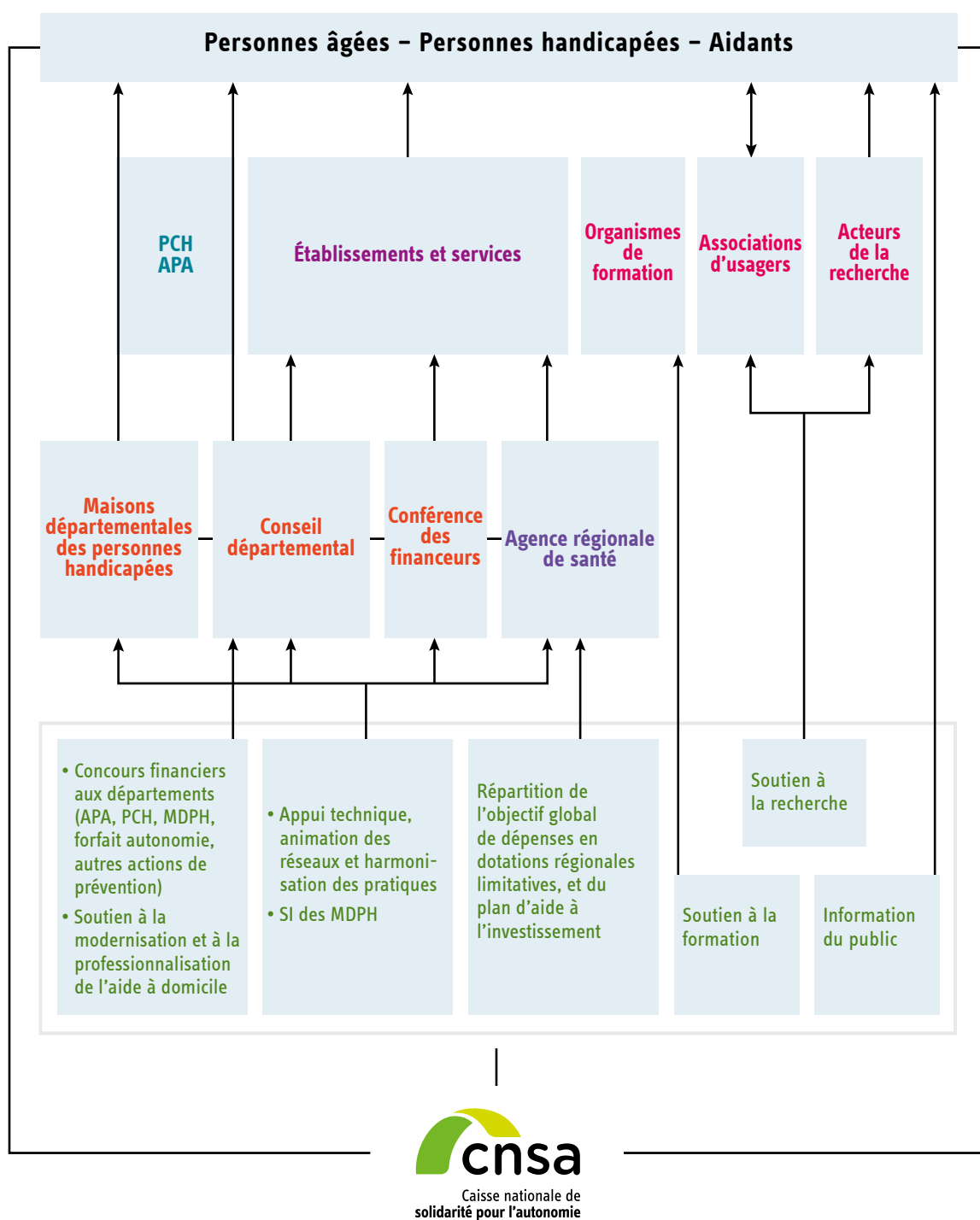


Source : Échanges annuels, CNSA 2017 (chiffres définitifs)

- La répartition des demandes reste stable en 2016.
- En 2016, comme les années précédentes, les orientations et l'AEEH représentent près de 56 % des demandes.
- Les avis d'aménagement des conditions d'examen et de scolarité sont exclus de l'analyse, car toutes les MDPH ne les traitent pas.

Les partenariats territoriaux

> Les partenaires et relais territoriaux de la CNSA



➤ Les agences régionales de santé

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

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

L'animation du réseau des ARS

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

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

➤ Les conseils départementaux

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

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

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

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

L'année 2017 est celle d'une première structuration de **l'animation des conseils départementaux sur les thèmes de l'allocation des ressources aux ESMS et de la contractualisation**. Les référents « tarificateurs » ont été identifiés. Ils ont été formés, avec les référents des ARS, aux réformes tarifaires et ont bénéficié de réunions d'information auxquelles la quasi-totalité des départements étaient représentés, sur place ou en vidéo-conférence. Ils ont aussi répondu à l'enquête de la CNSA sur les informations techniques nécessaires à l'évaluation des impacts de la réforme des EHPAD (voir le chapitre 2.5 p. 43).

Le réseau des médecins valideurs des évaluations AGGIR-PATHOS dans les conseils départementaux est également en cours de structuration (voir le chapitre 2.4 p. 37).



INTERVIEW



Jean-Michel Rapinat

Directeur délégué aux politiques sociales
de l'Assemblée des départements de France

« La mission d'animation et d'appui de la CNSA aux départements évolue. Sur quels enjeux une animation croisée avec les ARS et les départements vous semble-t-elle prioritaire ? »

Le rapprochement entre les secteurs sanitaire et médico-social est fondamental pour les publics. Il a pour enjeu la prise en charge coordonnée des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'agit de répondre aux attentes des personnes de façon humaine et pragmatique, en leur assurant un parcours qui évite les ruptures. Les familles ont besoin d'une réponse globale, et ce n'est pas à elles de coordonner les réponses des institutions, mais aux institutions de coordonner leurs réponses. La CNSA constitue le lien idoine pour favoriser ce rapprochement entre les ARS et les départements qui se veulent, compte tenu de leur proximité, très en phase avec la réalité quotidienne des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. En effet, les fonctions d'expertise et d'appui de la Caisse la placent à l'intersection des deux réseaux.

L'ADF plaide pour que les relations entre les ARS et les départements soient encore développées tant il y va de l'intérêt général. Nous partageons cette préoccupation avec la CNSA. Les premières rencontres CNSA-ADF (Assemblée des départements de France) qui constituent un événement sans précédent peuvent aider à préciser ce rôle clé d'animation croisée.

L'ADF a par ailleurs suivi avec beaucoup d'intérêt l'élection récente de Marie-Anne Montchamp à la présidence du Conseil de la CNSA, considérant que les liens de grande qualité établis avec la CNSA seraient doublés d'une vision commune sur les enjeux liés à la dépendance et au handicap. Sortons des logiques de chapelle, et travaillons ensemble dans l'intérêt des Français les plus vulnérables. »

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

➤ Les MDPH

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

Les **séminaires nationaux des directeurs** des MDPH (semestriels) se déroulent désormais sur deux journées au lieu d'une, et sont davantage tournés vers la politique du handicap et les aspects stratégiques des projets.

Ils sont aussi l'occasion d'échanger sur les grands chantiers nationaux, de travailler à la construction d'outils et de procéder à l'analyse croisée des pratiques.

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

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

Les MDPH se sont fortement mobilisées pour participer aux **réunions régionales** sur le système d'information commun.

Cette proximité facilite le développement de relations à l'échelle régionale.

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

En 2017, la CNSA a particulièrement **renforcé son appui aux MDPH** en construisant avec elles, en lien avec la DGCS, un nouveau modèle

harmonisé de formulaire de demande d'aide et de certificat médical. Pour faciliter l'accès à l'information, la CNSA a aussi diffusé une série de 36 fiches d'information formulées en facile à lire et à comprendre (voir le chapitre 2.8 p. 79) ainsi que des infographies sur la carte mobilité inclusion (CMI).

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



INTERVIEW

Michel Laforcade

Directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine

“ L'animation et le partage de bonnes pratiques sont des missions communes à différents acteurs nationaux. Quel rôle spécifique peut jouer la CNSA ? ”

La CNSA a vocation à participer à ce rôle, et il me paraît important qu'elle le fasse, en particulier s'agissant du partage de bonnes pratiques. En tant qu'agence régionale de santé, nous devons pouvoir nous inspirer de pratiques mises en œuvre par les autres agences pour être plus performants dans nos réalisations. Les exemples ne manquent pas, des politiques d'inclusion à la « Réponse accompagnée pour tous », en passant par la création de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ou de centres ressources.

Le simple fait de porter à la connaissance de tous ce qui se fait ailleurs, et qui fonctionne, sera gage d'amélioration.

“ Dans quelle mesure la CNSA pourrait-elle faciliter la collaboration entre les ARS et les conseils départementaux, notamment sur la transformation de l'offre ? ”

Apporter une information totalement homogène aux conseils départementaux et aux ARS me semble indispensable. La politique nationale de transformation de l'offre, avec son caractère interministériel et systémique, devrait impliquer autant les conseils départementaux que les ARS. Je pense en particulier à la politique d'inclusion, qui doit être clairement explicitée, y compris toutes ses conséquences : pas, ou peu, de créations de places, mais plutôt création de services, de logements inclusifs, de dispositifs d'accès à l'emploi, au sport et à la culture pour les personnes handicapées ou de renforcement du maintien à domicile pour les personnes âgées... La CNSA peut contribuer à cette information en organisant des réunions conjointes des conseils départementaux et des ARS.

Là aussi, la CNSA pourrait nous aider en permettant le partage de bonnes pratiques. Quelles méthodes et quels outils ont mis en œuvre les ARS et les conseils départementaux qui collaborent de façon efficace et fructueuse ? Quels facteurs de réussite, ou au contraire quels freins, ont-ils identifiés ? ”

➤ La carte mobilité inclusion : déploiement complet en une année

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

➤ Plus de 380 000

cartes mobilité inclusion envoyées aux bénéficiaires en 2017.

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

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

En **direction des usagers**, la CNSA a mis à disposition **un kit de communication** pour aider les MDPH à les informer sur la CMI et les démarches à conduire pour en bénéficier. Ce kit se compose de trois infographies et de huit fiches d'informations rédigées en facile à lire et à comprendre (voir le chapitre 2.8 p. 79).

FOCUS

➤ Le « club utilisateurs CMI » est lancé

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





TÉMOIGNAGE



Christelle Chartier

**Chef du service Évaluation des personnes handicapées,
MDPH d'Indre-et-Loire**

« La mise en place de la CMI satisfait les professionnels et les usagers. »

Les professionnels de la MDPH se sont fortement investis dans l'application de la réforme, dont ils attendaient une amélioration du service rendu aux usagers et la possibilité de se recentrer sur des missions à plus forte valeur ajoutée pour ceux-ci. En effet, ce nouveau dispositif simplifie et modernise le processus de demande et d'attribution des cartes, tout en industrialisant leur production. Les professionnels expriment une réelle satisfaction sur le processus de gestion et de fabrication par l'Imprimerie nationale.

Les retours sont également positifs de la part des bénéficiaires que nous avons accompagnés dans l'appropriation du nouveau dispositif. Ils ont apprécié le court délai de fabrication des cartes. En cette période transitoire de changements des pratiques, certains d'entre eux, les plus démunis ou isolés, restent néanmoins en difficulté pour accéder à leurs droits.

Ces bons résultats doivent beaucoup au club des utilisateurs du système d'information CMI et à la très bonne réactivité de l'Imprimerie nationale, qui a su répondre aux demandes d'évolution des portails de l'utilisateur et du professionnel vers plus d'efficacité.

En revanche, nous regrettons que le périmètre des prestations de l'Imprimerie nationale n'intègre toujours pas l'envoi des notifications d'attribution de la CMI. La MDPH devant assumer le coût humain et financier de leur édition, leur mise sous pli et leur affranchissement, à ce titre nous ne pouvons pas constater de gains en termes budgétaires.



➤ L'accompagnement des proches aidants

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

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

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

Dans ce contexte, la CNSA a élaboré avec ses partenaires, auxquels il est destiné, un **guide d'appui méthodologique à la mobilisation de la section IV** de son budget pour le financement des programmes d'accompagnement des proches aidants. Publié en décembre 2017, ce guide offre les clés de

compréhension de la structuration de l'offre destinée aux proches aidants et de l'articulation des financements dans ce champ. Il indique les critères d'éligibilité au cofinancement et donne des repères méthodologiques pour mettre en œuvre des actions d'accompagnement. Les deux rencontres nationales organisées par la CNSA en septembre 2017 ont été l'occasion de présenter ce guide aux acteurs des départements, des ARS et des associations nationales susceptibles de développer le soutien aux proches aidants. L'objectif est notamment de favoriser les conventionnements avec ces partenaires et de les encourager à travailler ensemble.



➤ 80% (40 sur 50)

des conventions avec les conseils départementaux comprennent un axe dédié aux proches aidants.



7 conventions avec des associations nationales, dont 2 signées en 2017.



Par ailleurs, le programme de formation des proches aidants dans le cadre du plan Autisme se poursuit (voir chapitre 2.5 p. 43) et l'année 2017 est marquée par le lancement des travaux sur les aidants du **volet « polyhandicap » de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre** : « Soutenir les proches aidants et co-construire avec eux. »

TÉMOIGNAGE



Sophie Dacbert

Responsable formation, Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique (UNAFAM)

« Accompagner les proches aidants dans la durée. »

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

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

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

Les actions de formation sont animées par des professionnels et par des bénévoles de l'association concernés par la maladie d'un proche et eux-mêmes formés. Plus de 7 000 proches aidants de personnes vivant avec des troubles psychiques en ont bénéficié depuis 2013. Le soutien psychologique est assuré par des psychologues de l'association. ”

➤ Les conférences des financeurs : un premier bilan

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

La CNSA a poursuivi de façon active l'animation des conférences des financeurs en 2017. Une rencontre technique nationale a réuni en avril plus de 200 de leurs représentants pour échanger sur leurs programmes de financements, les types d'actions de prévention et les outils ou démarches territoriales qu'ils ont déployés. Une autre journée d'échanges a rassemblé en juillet les référents des départements, ainsi que les têtes de réseau nationales des associations et des fédérations. Les ateliers thématiques ont poursuivi leurs travaux, notamment sur les aides techniques, l'adaptation des logements à l'avancée en âge et le rapport d'activité, et un cahier pédagogique de la conférence des financeurs a été publié en avril.

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

La conférence des financeurs

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

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

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

Plus de 8 territoires sur 10 ont établi un diagnostic partagé des besoins des personnes âgées et les trois quarts ont défini un programme coordonné de financement. Ces programmes s'inscrivent globalement dans

le périmètre des axes de la conférence et du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.

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

Les partenariats nationaux

En application de la loi, la CNSA est liée par convention aux **organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse** : la CNAV/CCMSA, la CNAMTS, l'ACOSS¹³ et les autres caisses d'assurance maladie (Établissement national des invalides de la Marine, Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires...).

Dans le champ médico-social, elle est membre du groupement d'intérêt public ANESM, ainsi que des conseils de l'ANAP et de l'ASIP Santé¹⁴. Elle contribue aux travaux et au suivi de ces agences et leur apporte des concours financiers. Une coopération avec l'ATIH¹⁵ est formalisée à travers une convention-cadre pour la préparation et la réalisation d'études et enquêtes nationales de coût.

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



13. CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse ; CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; ACOSS : Agence centrale des organismes de Sécurité sociale.

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

15. ATIH : Agence technique de l'information hospitalière.

La CNSA tisse également un réseau partenarial dense et dynamique avec de nombreux **autres organismes nationaux** agissant dans son champ, parmi lesquels : la CNAF, Santé publique France, l'IRESP, l'ANR, l'ANAH, l'AGEFIPH et le FIPHFP, l'ANCREAI¹⁶, la Fondation de coopération scientifique Alzheimer.

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

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

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

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

Un GEM est autogéré par ses adhérents, mais doit être épaulé dans son fonctionnement par un « parrain », le plus souvent une structure

associative. Des professionnels salariés ou bénévoles viennent en appui à ses membres dans la gestion quotidienne. La CNSA assure la gestion du dispositif depuis 2011. Elle finance les GEM par le biais des ARS et établit annuellement un bilan de leur activité et de leur fonctionnement.

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

Un nouveau cahier des charges des GEM (2016) clarifie le rôle et les obligations de chaque acteur. Notamment, les fonctions de parrain et de gestionnaire doivent être séparées, et le GEM doit se constituer en association d'usagers dans un délai de trois ans après sa création. Afin de les aider à s'autonomiser et à se stabiliser, la CNSA a souhaité **accompagner les GEM dans l'appropriation de ce cahier des charges** au moyen de formations sur la gestion associative et le rôle de chaque acteur.

Elle a signé avec cinq fédérations, connaissant bien les GEM ou regroupements de GEM, une convention de subvention.

Les formations ont pu être dispensées pour la plupart dès 2017.

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

16. CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales ; ANR : Agence nationale de la recherche ; ANAH : Agence nationale de l'habitat ; AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; FIPHFP : Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique ; ANCREAI : Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.



L'ESSENTIEL

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

2.7 Le soutien à la recherche et à l'innovation

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

Le soutien à la recherche

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

➤ Rendre accessibles les résultats des recherches

La CNSA s'est engagée en 2017 dans une démarche de valorisation de la recherche qu'elle a financée. Elle a préparé la publication sur son site Internet de l'essentiel des résultats établis par les chercheurs. Les rapports finaux des projets terminés seront mis progressivement en ligne en 2018¹⁷. Ils seront accompagnés systématiquement d'une courte synthèse et des coordonnées du porteur de projet scientifique qui peut être contacté.

➤ Depuis 2007 :

- **263** projets de recherche ou actions financées.
- **146** projets achevés.
- **31,7 M€** engagés.

C'est une manière de rendre accessibles aux professionnels du champ de l'autonomie, aux personnes concernées et à leur entourage les nouvelles connaissances scientifiques produites par les chercheurs. Ces résultats pourront

alimenter utilement leur réflexion, voire susciter leur participation à de futurs projets de recherche.

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

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

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

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

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

17. <https://www.cnsa.fr/soutien-a-la-recherche-et-a-l-innovation/resultats-de-recherche>



INTERVIEW

Marie-Ève Joël

Présidente du Conseil scientifique de la CNSA (jusqu'en mars 2018)

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

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

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

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

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

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

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

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



INTERVIEW

Jean-Yves Barreyre

Vice-président du Conseil scientifique de la CNSA (jusqu'en mars 2018)

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

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

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

Dans les premières années, porté par l'enthousiasme des précurseurs, il s'est attaché à défendre et à diffuser le modèle social du handicap et de la perte d'autonomie, *via* notamment la conception et l'accompagnement de grandes enquêtes en population générale et la participation aux *Disability Studies*¹⁸.

Très vite se pose la question d'une compréhension globale des besoins et attentes des personnes. La réflexion autour des classifications internationales et de leur traduction dans les outils réglementaires français conduira à s'interroger de manière plus globale sur les systèmes d'information avec le chantier du SIPaPH¹⁹.

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

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

La dernière période, depuis 2014, est celle du suivi des grands chantiers, de l'expérimentation des MAIA²⁰ jusqu'à la généralisation de la « Réponse accompagnée pour tous », en passant par le système d'information commun des MDPH, la réforme de la tarification SERAFIN-PH ou le dossier unique.

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

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

19. Système d'information partagé avec les MDPH.

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

➤ Les appels à projets de recherche

L'appel à projets thématique 2017, géré par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), porte sur les « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux ». Il est le fruit d'un séminaire conçu par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et mis en œuvre par l'IReSP avec la CNSA entre novembre 2016 et janvier 2017 afin de transformer les questions opérationnelles d'acteurs de terrain et de décideurs publics en questions de recherche. Ce travail de concertation entre acteurs et chercheurs visait également à alimenter par des travaux de recherche la réflexion des acteurs publics autour de l'accompagnement des personnes handicapées. À l'issue de l'appel à projets, cinq projets de recherche ont été retenus (budget total : 408 000 €).

➤ En 2017, il a été décidé d'engager :

- **3,1 M€** pour le soutien à la recherche.
- **2,8 M€** pour le soutien aux actions innovantes.

Sept autres projets en sciences humaines et sociales (SHS) ont par ailleurs été retenus au titre de l'appel annuel « Handicap et perte d'autonomie », également géré par l'IReSP (budget total : 672 000 €) ; quatre projets dans le cadre du programme général de recherche de l'Agence nationale de la recherche (ANR) (budget total 350 000 €) ; sept projets dans le cadre de l'appel à projets SHS de la Fondation maladies rares (300 000 €) ; deux projets dans le cadre de l'appel à projets de la Fondation plan Alzheimer (budget : 250 000 €) ainsi qu'un contrat de recherche établi en direct avec le Centre Max Weber pour étudier les processus d'admission en établissement pour personnes handicapées (185 000 €).

FOCUS

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

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

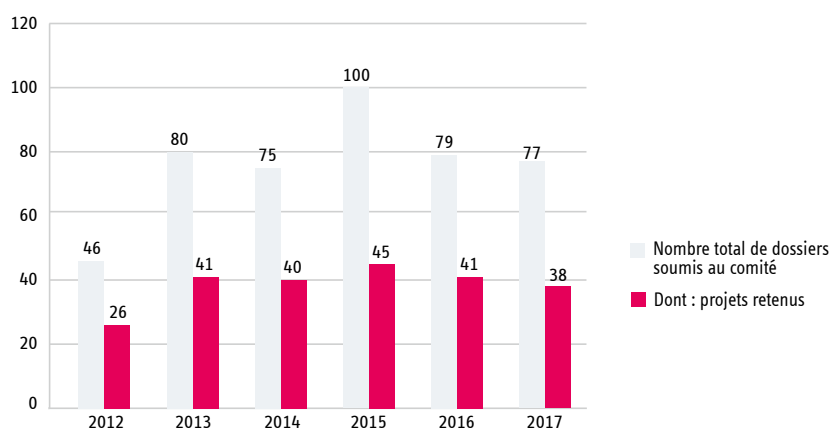
Le soutien à l'innovation

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

➤ Des subventions pour des projets innovants

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

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



Source : CNSA.

FOCUS

➤ **Deux exemples d'actions innovantes financées en 2017**

Expérimenter une co-formation innovante associant usagers et professionnels

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

Évaluer l'utilité sociale des Bistrots mémoire

D'initiative locale et ouverts à tous, les Bistrots mémoire offrent un lieu d'accueil et d'accompagnement à des personnes vivant avec des troubles de la mémoire et à leurs proches aidants. L'Union des Bistrots mémoire anime et soutient le développement de ces dispositifs. Au moment d'accélérer l'essaimage des Bistrots mémoire et de se positionner comme un acteur référent de l'accueil et de l'inclusion sociale du binôme aidant/aidé atteint de la maladie d'Alzheimer, elle souhaite apporter la preuve du bénéfice du dispositif. Ce projet d'évaluation vise à décrire et analyser l'impact social des Bistrots mémoire (subvention : 24 200 €).

➤ Comment font nos voisins européens ?

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

Les treize missions sélectionnées émanent de diverses régions de France et permettront d'étudier les dispositifs de treize pays d'Europe, chaque mission portant généralement sur plusieurs pays (budget total : 377 k€). Elles portent sur l'accompagnement des personnes polyhandicapées, l'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des troubles psychiques, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant en établissement, et les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes. Les résultats seront restitués lors de séminaires ouverts au grand public à l'automne 2018.



FOCUS

➤ Une plateforme Internet pour demander une subvention

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



L'ESSENTIEL

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

2.8

La communication aux acteurs et au grand public

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

Le portail *Pour les personnes âgées* a trouvé son public

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

Animé de manière exigeante, avec l'ensemble des partenaires, et soutenu par une campagne de communication (presse et digitale) menée début 2017, il a vu le nombre de visites doubler entre 2016 et 2017.

Le portail, c'est :

- > **89 %** de visiteurs satisfaits.
- > **300 000** visites par mois à fin 2017 (doublées en un an).

Afin de connaître le profil des utilisateurs, le motif de leurs visites et leur niveau de satisfaction, la CNSA a fait réaliser en 2017 une enquête d'évaluation du portail²¹. Au-delà d'un

excellent taux de satisfaction, elle montre que le portail est utilisé en majorité par des proches de personnes âgées, qui représentent 61 % des visiteurs à titre personnel. Il est également visité par des professionnels, en tant qu'outil de travail. Le portail est perçu comme fiable, facile à comprendre et concret par une très grande majorité des visiteurs.

Des fiches faciles à lire et à comprendre pour les personnes handicapées

Pour appuyer les MDPH dans leur mission d'information des personnes en situation de handicap, la CNSA a conçu un kit de 36 fiches d'information « faciles à lire et à comprendre ». Chaque sujet important pour les usagers, par exemple la vie professionnelle, la carte mobilité inclusion (CMI) ou les aides et prestations, est couvert par plusieurs fiches. C'est en 2015 que la CNSA a commencé à transposer en facile à lire et à comprendre des articles de ses sites Internet pour le grand public, ainsi que des documents institutionnels (la vision prospective du Conseil en est un exemple), vérifiant la bonne compréhension des textes auprès de bénévoles usagers d'un service d'accompagnement à la vie sociale, lors d'ateliers mensuels. Pour tester les 36 fiches d'information, directement rédigées en facile à lire et à comprendre, la CNSA a fait le choix de recruter deux personnes en situation de handicap, à raison d'une vacation par semaine.

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

TÉMOIGNAGE



Mari-Wenn Puillandre
Chargée de mission
information, CNSA

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

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

FOCUS

› La méthode « facile à lire et à comprendre »

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



Les publications de la CNSA

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

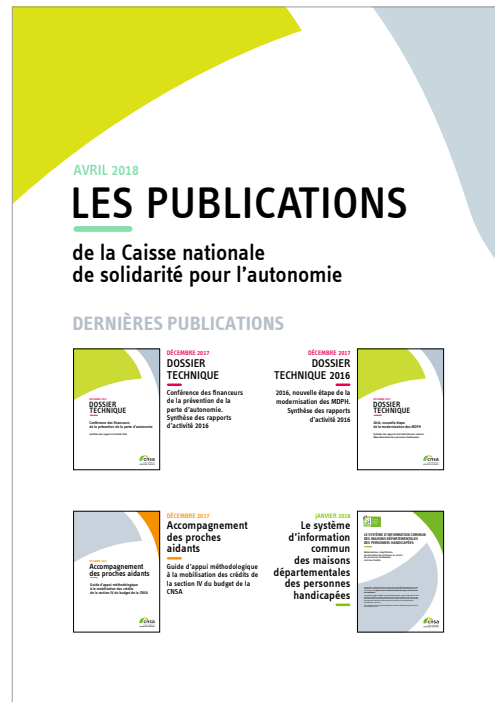
- dossiers techniques et dossiers scientifiques ;
- supports d'échanges pour les réseaux : *Les Cahiers pédagogiques de la CNSA*, La rubrique « l'autonomie en actions » du *Journal de l'action sociale* ;
- synthèses : *Les Mémos de la CNSA*.

Elle propose également des publications pour faire connaître ses missions et ses actions : *Rapport annuel*, *L'Essentiel*, *Les Chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, *La lettre de la CNSA*, *Les Mots clés de l'aide à l'autonomie*.

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

Le site cnsa.fr

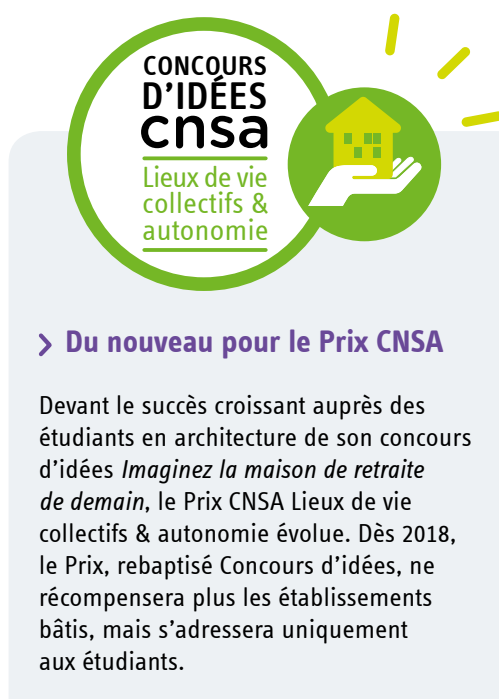
- **80 500** visites par mois à fin 2017 (+ 35 % par rapport à 2016).
- **108** actualités publiées en 2017.



➤ Une nouvelle identité visuelle pour la CNSA

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

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



L'ESSENTIEL

- Le portail *Pour les personnes âgées* a atteint ses objectifs et a trouvé son public.
- La CNSA met à disposition des MDPH et des personnes en situation de handicap 36 fiches d'information conçues directement en facile à lire et à comprendre.
- Douze ans après sa création, la CNSA renouvelle son identité visuelle.

Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AAP	Appel à projet
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ADF	Assemblée des départements de France
AE	Autorisations d'engagement
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (grille d'évaluation)
AJ	Accueil de jour
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCRA	Association nationale des centres de ressources autisme
ANCREAI	Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Santé Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASV	Loi Adaptation de la société au vieillissement
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Caisses d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CEPS	Comité économique des produits de santé
CIH	Comité interministériel du handicap
CMI	Carte mobilité inclusion
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CP	Crédits de paiement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRA	Centre de ressources autisme
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, anciennement Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRSA	Conférence régionale de santé et d'autonomie
CSA	Contribution solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CVS	Conseil de vie sociale
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DB	Direction du budget
DCT	Droits de consommation sur les tabacs
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHUP	Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Étude nationale de coûts
EPCI	Établissements publics de coopération intercommunale
EPRD	États prévisionnels des recettes et des dépenses
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM	Fédération nationale des particuliers-employeurs
FIPHP	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupe d'entraide mutuelle (handicap psychique)
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIP	Groupement d'intérêt public (MDPH)
GIR	Groupe iso-ressources
HAS	Haute Autorité de santé
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HPST	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
HT	Hébergement temporaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
INED	Institut national des études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, intégré à Santé publique France
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OEMD	Outil d'évaluation multidimensionnelle
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de santé
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAI	Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés (en EHPAD)
PATHOS	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PFR	Plateforme de répit
PLH	Programme local de l'habitat
PMND	Plan Maladies neurodégénératives
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPH	Programme pluriannuel du handicap
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSGA	Plan Solidarité grand âge
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RGAA	Référentiel général d'accessibilité pour les administrations
SAAD	Service d'accompagnement et d'aide à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGCIH	Secrétariat général du comité interministériel du handicap
SGMAP	Secrétariat général de la modernisation de l'action publique
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SNGI	Système national de gestion des identités
SI	Système d'information
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPE	Service public de l'emploi
SPIS	Service public d'information en santé
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TSA	Troubles du spectre autistique
UEM	Unités d'enseignement en maternelle
UHR	Unité d'hébergement renforcée (en EHPAD)
UNA	Union nationale des soins et services à domicile
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UNIFAF	Fonds d'assurance formation de la branche médico-sociale
USLD	Unité de soins de longue durée



RAPPORT ANNUEL 2017

ANNEXES

Sommaire

— des annexes

Annexe 1

Budget exécuté 2017 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)	2
Budget exécuté 2017	6
Budget rectificatif 2018 n° 1 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)	10
Budget rectificatif 2018 n° 1	14

Annexe 2

Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH, des MDPH et de la prévention de la perte d'autonomie en 2017	16
---	----

Annexe 3

Analyse de l'actualisation 2017 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)	22
--	----

Annexe 4

Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées – Bilan des notifications 2017	25
---	----

Annexe 5

Synthèse nationale des rapports d'activité des MDPH et des MDA pour l'année 2016	27
--	----

Annexe 6

Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2017	33
---	----

Annexe 7

Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2017 – Projets d'études et de recherche et actions innovantes	42
---	----

1. Budgets

Budget exécuté 2017 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) en M€ – Conseil du 17 avril 2018

Source : CNSA/DR.

DÉPENSES	Nature	AE ouvertes	AE consommées	CP ouverts	CP consommés
Section I					
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux					
		21 563,6	21 440,8	21 564,2	21 592,1
Sous-section 1					
Établissements et services accueillant des personnes handicapées					
		11 393,8	11 321,7	11 393,8	11 397,5
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	11 354,8	11 285,3	11 354,8	11 360,7
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	Intervention	32,9	32,9	32,9	32,9
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	0,6	0,4	0,6	0,4
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5	0,5	0,5
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS		5,0	2,6	5,0	3,1
Sous-section 2					
Établissements et services accueillant des personnes âgées					
		10 169,9	10 119,1	10 170,4	10 194,5
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	10 057,2	10 013,4	10 057,2	10 087,1
• Financement des MAIA	Intervention	94,6	94,6	94,6	94,6
• Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	1,0	0,7	1,0	0,7
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Intervention	2,4	2,4	2,9	2,9
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	14,2	7,5	14,2	8,8
Section II					
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)					
		2 369,9	2 383,3	2 369,9	2 387,4
• Concours versés aux départements (APA 1)	Intervention	1 889,5	1 890,2	1 889,5	1 889,0
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	0,0	0,1	0,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	45,5	58,2	45,5	63,5
• Concours aux départements (APA 2)	Intervention	434,9	434,8	434,9	434,8
Section III					
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées					
		730,1	725,7	730,1	726,5
• Concours versés aux départements (PCH)	Intervention	577,5	577,8	577,5	577,8
• Concours versés aux départements (MDPH)	Intervention	70,8	70,7	70,8	70,7
• Congé de proche aidant	Intervention	0,1	-	0,1	-
• Dotation aux MDPH (personnels et fonctionnement)	Intervention	71,1	71,1	71,1	71,1
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	10,7	6,2	10,7	7,0

RECETTES	Prévision	Exécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 361,5	21 389,5
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 327,7	11 299,8
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	328,1	328,6
• PSK (1,86 %)	32,5	33,2
• Droits tabacs (14 %)		4,6
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	10 967,1	10 933,4
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 033,7	10 089,7
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	937,6	938,9
• PSK (5,31 %)	92,7	94,9
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 003,4	9 042,9
• Droits tabacs (40 %)		13,0
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 530,7	2 563,7
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	468,8	469,4
• PSK (81,98 %)	1 431,6	1 465,2
• Produits financiers	0,0	0,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (70,5 % CASA)	532,5	524,7
• Droits tabacs (20 %)		6,5
• Recettes budgétaires d'APA1	1,9	1,9
• Recettes budgétaires d'APA2	95,9	95,9
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	726,6	738,7
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	609,4	610,3
• PSK (3,36 %)	58,7	60,1
• Produits financiers	0,0	0,0
• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	58,3	59,7
• Recettes budgétaires de PCH	0,2	0,2
• Droits tabacs (26 %)		8,5

DÉPENSES	Nature	AE ouvertes	AE consommées	CP ouverts	CP consommés
Section IV					
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées					
		146,2	96,0	144,6	97,0
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	Intervention	82,8	36,5	114,7	71,9
• Emplois d'avenir	Intervention	5,4	2,8	5,4	1,3
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	Intervention	50,0	50,0	16,6	16,7
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	Intervention	6,0	3,9	6,0	4,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,9	2,8	1,9	3,1
Section V					
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie					
		314,7	298,5	489,1	456,1
Sous-section 1					
Actions en faveur des personnes âgées					
		274,6	268,4	398,4	381,0
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	9,1	4,7	9,4	5,9
• Fonds d'appui insertion RSA	Intervention	50,0	50,0	50,0	50,0
• PAI ONAC	Intervention	2,0	0,7	0,1	0,0
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	Intervention	40,0	40,0	40,0	40,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	Intervention	140,1	140,1	142,1	141,5
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	0,4	0,4	123,6	111,3
• PAI logements foyers	Intervention	10,0	10,0	10,0	10,0
• ANAH	Intervention	20,0	20,0	20,0	20,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,1	0,7	1,1	0,7
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	1,9	1,8	2,2	1,7
Sous-section 2					
Actions en faveur des personnes handicapées					
		40,0	30,1	90,7	75,1
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	25,8	19,0	24,7	16,2
• PAI ONAC	Intervention	3,0	-	0,2	
• Habitat inclusif	Intervention	1,0	1,0	1,0	1,0
• Fonds de compensation du handicap	Intervention	5,0	5,0	5,0	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	-	-	53,6	49,2
• Conventions emplois STAPS	Intervention	1,2	1,2	1,5	1,5
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,0	0,0	0,0	0,0
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	4,0	3,9	4,7	2,2
Section VI					
Frais de gestion de la caisse					
		21,0	17,5	22,3	19,6
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	Fonctionnement	6,7	4,2	7,3	6,2
• Dépenses de personnel / CNSA	Personnel	11,6	10,8	11,6	10,9
• Investissements immobilisés et encours	Investissement	2,8	2,5	3,5	2,5
Section VII					
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)					
		130,0	130,0	28,5	28,5
• PAI	Intervention	130,0	130,0	28,5	28,5
Total des dépenses					
		25 275,5	25 091,8	25 348,7	25 307,3
Solde budgétaire				- 396,0	- 282,7

RECETTES	Prévision	Exécution
Section IV		
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	78,5	80,2
• PSK (4,15 %)	72,5	74,2
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA)	6,0	6,0
• Produits exceptionnels		0,0
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	255,5	252,3
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	250,5	247,1
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA)	211,8	208,4
• Recettes budgétaires forfait autonomie	4,6	4,6
• Recettes budgétaires autres actions de préventions	34,1	34,1
• Produits exceptionnels		0,0
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	5,0	5,2
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA)	5,0	5,2
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	0,0	0,2
• Produits divers	0,0	0,2
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)		
Total des recettes	24 952,8	25 024,5

Budget exécuté 2017 en M€ – Conseil du 17 avril 2018

Source : CNSA/DR.

CHARGES	Prévision	Exécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 604,7	21 483,3
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 415,8	11 344,2
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	11 354,8	11 285,3
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	32,9	32,9
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,6	0,4
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
• Opérations diverses	5,0	2,9
• <i>dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)</i>	3,4	1,9
• <i>dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)</i>	1,5	1,0
• Contribution à la section IV (3,76 % CSA section I-1)	12,3	12,5
• Contribution à la section VI	9,6	9,8
• Excédent	-	-
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 188,9	10 139,1
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	10 057,2	10 013,4
• Financement MAIA (dont EAP MAIA)	94,6	94,6
• Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,0	0,7
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	2,9	2,9
• Opérations diverses	14,2	8,3
• <i>dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)</i>	9,8	5,4
• <i>dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)</i>	4,4	2,9
• Contribution à la section V-1	10,0	10,0
• Contribution à la section VI	8,5	8,7
• Excédent	-	-
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 532,7	2 837,6
• Concours départements (APA 1)	1 854,7	2 123,8
• Congé de proche aidant	0,1	-
• Dotation fonds de soutien aux conseils départementaux en difficulté		50,0
• Concours aux départements (APA 2)	434,9	480,2
• Opérations diverses	45,5	58,8
• <i>dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)</i>	33,7	51,9
• <i>dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)</i>	11,8	6,9
• Contribution à la section VI	2,1	2,2
• Excédent	195,5	122,7
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	739,3	856,0
• Concours versés aux départements (PCH)	576,1	643,4
• Concours versés aux départements (MDPH)	70,8	74,2
• Dotation aux MDPH (personnels et fonctionnement)	71,1	71,1
• Congé de proche aidant	0,1	-
• Dotation fonds de soutien aux conseils départementaux en difficulté		50,0
• Opérations diverses	10,7	6,7
• <i>dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)</i>	7,6	4,8
• <i>dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)</i>	3,1	1,9
• Contribution à la section V-2	10,0	10,0
• Contribution à la section VI	0,6	0,6

PRODUITS	Prévision	Exécution
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	21 604,7	21 483,3
Sous-section 1	11 415,8	11 344,2
Établissements et services accueillant des personnes handicapées		
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	328,1	332,1
• PSK (1,86 %)	32,5	33,9
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	10 967,1	10 949,9
• Déficit	88,0	28,4
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 188,9	10 139,1
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	937,6	948,8
• PSK (5,31 %)	92,7	96,6
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 003,4	9 049,7
• Déficit	155,2	44,0
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 532,7	2 837,6
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	468,8	474,4
• PSK (81,98 %)	1 431,6	1 492,1
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (70,5 % CASA)	532,5	524,4
• Produits financiers	0,03	0,01
• Produit d'APA1 (reprise provisions et solde concours)	1,9	211,1
• Produit d'APA2 (reprise provisions et solde concours)	97,8	128,5
• Autres contributions (95 % CSG)		7,2
• Déficit	-	-
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	739,3	856,0
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	609,4	616,7
• PSK (3,36 %)	58,7	61,2
• Produits financiers	0,03	0,0
• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	58,3	60,8
• Produit de PCH	0,2	53,7
• Produit de MDPH		3,4
• Déficit	12,7	60,3

CHARGES	Prévision	Exécution
Section IV		
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	138,9	163,7
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	75,5	101,3
• Emplois d'avenir	5,4	1,3
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	6,0	3,0
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	50,0	50,1
• Opérations diverses	1,9	2,8
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	1,5	2,6
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,4	0,2
• Contribution à la section VI	0,1	0,1
• Excédent	-	5,2
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	510,9	504,0
Sous-section 1	417,2	421,6
Actions en faveur des personnes âgées		
• Dépenses d'animation, prévention et études	9,4	6,5
• ANAH		40,0
• Fonds d'appui insertion RSA	50,0	50,0
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	40,0	40,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	142,1	141,5
• PAI ONAC	2,0	0,7
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	123,6	111,4
• PAI logements foyers	10,0	10,0
• Opérations diverses	1,1	0,7
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)		0,0
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	1,1	0,6
• Excédent financement immobilisation	2,2	2,4
• Excédent	36,9	18,5
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	93,7	82,4
• Dépenses d'animation, prévention et études	24,8	22,6
• Habitat inclusif	1,0	1,0
• PAI ONAC	3,0	-
• Fonds de compensation du handicap	5,0	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	53,6	49,0
• Conventions emplois STAPS	1,5	1,5
• Opérations diverses	0,0	0,0
• dont Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	-	0,0
• dont Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,0	0,0
• Excédent financement d'immobilisation	4,7	3,2
• Excédent	-	-
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	20,9	21,9
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,7	7,4
• Dépenses de personnel / CNSA	11,6	11,5
• Excédent financement d'immobilisation	2,7	3,0
• Excédent	-	-
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	146,5	146,5
• PAI	130,0	130,0
• Paiement des provisions 2016	16,5	16,5
• Excédent	-	-
Total des charges du compte de résultat	25 398,7	25 804,3
Résultat (excédent)	-	-
Total équilibre du compte	25 398,7	25 804,3

PRODUITS	Prévision	Exécution
Section IV		
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	138,9	163,7
• PSK (4,15 %)	72,5	75,5
• CASA (0,80 %)	6,0	6,0
• Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	12,3	12,5
• Produits divers (reprises provisions)		69,4
• Autres contributions (5% CSG)		0,4
• Déficit	48,1	-
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	510,9	504,0
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	417,2	421,6
• Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
• CASA (28,0 %)	211,8	208,3
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	123,6	112,1
• Reprises de provisions « Réponse accompagnée »	1,9	1,8
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	7,1	7,1
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	62,7	62,3
• Produits divers (reprises provisions)		0,1
• ANAH (reprise de provisions)		20,0
• Déficit	-	-
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	93,7	82,4
• Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
• CASA (0,7 %)	5,0	5,2
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	53,6	53,9
• Reprise de provisions « STAPS »		0,3
• Produits divers (autres reprises provisions)		0,2
• Déficit	25,1	12,7
Section VI		
Frais de gestion de la caisse	20,9	21,9
• Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	20,9	21,4
• Produits divers		0,5
• Déficit	-	-
Section VII		
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	146,5	146,5
• Reprise de provisions « PAI 2016 »	16,5	16,5
• Déficit	130,0	130,0
Total des produits du compte de résultat	25 181,5	25 683,8
Résultat (déficit)	217,1	120,5
Total équilibre du compte	25 398,7	25 804,3

Budget rectificatif 2018 n° 1 en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) en M€ – Conseil du 17 avril 2018

Source : CNSA/DR.

DÉPENSES	Nature	Autorisations d'engagement (AE) ouvertes	Crédits de paiement (CP) ouverts
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux		22 091,2	22 090,9
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées		11 640,6	11 640,6
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	11 599,1	11 599,1
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	Intervention	36,0	36,0
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	-	-
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	5,0	5,0
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées		10 450,6	10 450,3
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	Intervention	10 330,2	10 330,2
• Financement MAIA	Intervention	95,4	95,4
• Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	Intervention	-	-
• Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	Intervention	0,5	0,5
• Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Intervention	10,7	10,4
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	13,9	13,9
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		2 459,7	2 459,7
• Concours versés aux départements (APA 1)	Intervention	1 925,4	1 925,4
• Congé de proche aidant	Intervention	0,0	0,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	30,6	30,6
• Concours aux départements (APA 2)	Intervention	453,7	453,7
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté	Intervention	50,0	50,0
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées		796,4	796,4
• Concours versés aux départements (PCH)	Intervention	592,5	592,5
• Concours versés aux départements (MDPH)	Intervention	70,8	70,8
• Congé de proche aidant	Intervention	-	-
• Dotation aux MDPH (personnels et fonctionnement)	Intervention	73,4	73,4
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	9,7	9,7
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté	Intervention	50,0	50,0
Section IV			
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées		154,8	125,8
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	Intervention	145,3	82,9
• Emplois d'avenir	Intervention	2,4	2,4
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	Intervention	-	33,4
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	Intervention	6,0	6,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	1,2	1,2

RECETTES	Prévision
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	22 034,6
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 618,7
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	338,7
• PSK (1,86 %)	33,6
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	11 195,8
• CASA (6,6 %)	50,5
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 416,0
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	967,7
• PSK (5,31%)	95,9
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 301,8
• CASA (6,6 %)	50,5
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 436,5
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	483,9
• PSK (81,98 %)	1 480,7
• Produits financiers	-
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (61,4 % CASA)	470,0
• Solde de la reprise du concours 2016 APA 2	1,9
• Solde de la reprise du concours 2016 APA 1	-
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	750,0
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	629,0
• PSK (3,36 %)	60,7
• Produits financiers	-
• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	60,3
• Recettes budgétaires de PCH	-
Section IV	
Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	81,0
• PSK (4,15 %)	75,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	6,0

DÉPENSES	Nature	Autorisations d'engagement (AE) ouvertes	Crédits de paiement (CP) ouverts
Section V			
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie		266,0	369,6
Sous-section 1			
Actions en faveur des personnes âgées		222,3	298,2
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	8,7	7,9
• Fonds d'appui insertion RSA	Intervention	-	-
• PAI ONAC	Intervention	1,7	0,3
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	Intervention	40,0	40,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	Intervention	140,1	140,6
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	1,9	79,3
• PAI logements foyers	Intervention	7,1	7,1
• ANAH	Intervention	20,0	20,0
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,9	0,9
• Investissements	Investissement	1,8	2,1
Sous-section 2			
Actions en faveur des personnes handicapées		43,8	71,3
• Dépenses d'animation, prévention et études	Intervention	30,4	28,1
• PAI ONAC	Intervention	3,2	0,5
• Habitat inclusif	Intervention	1,0	1,0
• Fonds de compensation du handicap	Intervention	5,0	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	Intervention	0,5	31,6
• Conventions emplois STAPS	Intervention	1,2	1,2
• Charges techniques ACOSS + frais de collecte ACOSS	Intervention	0,0	0,0
• Investissements	Investissement	2,5	3,8
Section VI			
Frais de gestion de la caisse		27,0	22,7
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	Fonctionnement	12,9	7,8
• Dépenses de personnel / CNSA	Personnel	11,6	11,6
• Investissements / CNSA	Investissement	2,6	3,3
Section VII			
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)		120,0	58,5
• PAI	Intervention	120,0	58,5
Total des dépenses		25 915,1	25 923,6
Solde budgétaire			- 403,8

RECETTES	Prévision
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	217,7
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	212,7
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	183,4
• Solde de la reprise du concours 2017 Autres actions de prévention	26,8
• Solde de la reprise du concours 2017 Forfait autonomie	2,5
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	5,0
• Contribution additionnelle solidarité autonomie	5,0
Section VI	
Frais de gestion de la caisse	
Section VII	
Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	
Total des recettes	25 519,8

Budget rectificatif 2018 n° 1 en M€ – Conseil du 17 avril 2018

Source : CNSA/DR.

CHARGES	Prévision
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	22 135,2
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 664,6
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	11 599,1
• Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	36,0
• ANESM	-
• ANAP	0,5
• Opérations diverses	5,0
• Contribution à la section IV (3,76 % CSA section I-1)	12,7
• Contribution à la section VI	11,2
• Excédent	-
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 470,6
• Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	10 330,2
• Financement MAIA (dont EAP MAIA 2016)	95,4
• ANESM	-
• ANAP	0,5
• ATIH	10,7
• Opérations diverses	13,9
• Contribution à la section V-1	10,0
• Contribution à la section VI	10,1
• Excédent	-
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 716,6
• Concours aux départements (APA 1) 2018 et solde 2017	2 118,5
• Congé de proche aidant	0,0
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté	50,0
• Concours aux départements (APA 2) 2018 et solde 2017	499,1
• Opérations diverses	30,6
• Contribution à la section VI	2,4
• Excédent	16,0
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	869,1
• Concours aux départements (PCH)	651,0
• Concours aux départements (MDPH)	74,3
• Dotation aux MDPH (personnels et fonctionnement)	73,4
• Congé de proche aidant	-
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté	50,0
• Opérations diverses	9,7
• Contribution à la section V-2	10,0
• Contribution à la section VI	0,7
• Excédent	-

PRODUITS	Prévision
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	22 135,2
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	11 664,6
• Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	338,7
• PSK (1,86 %)	33,6
• CASA (6,6 %)	50,5
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	11 195,8
• Déficit	45,9
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	10 470,6
• Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	967,7
• PSK (5,31 %)	95,9
• Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	9 301,8
• CASA (6,6 %)	50,5
• Déficit	54,7
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 716,6
• Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	483,9
• PSK (81,98 %)	1 480,7
• Contribution additionnelle solidarité autonomie (61,4 % CASA)	470,0
• Produits financiers	-
• Reprise de provisions APA 1	186,6
• Reprise de provisions APA 2	45,4
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté – reprise de provisions	50,0
• Déficit	-
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	869,1
• Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	629,0
• PSK (3,36 %)	60,7
• Transfert MDPH (PSK 3,34 %)	60,3
• Produits financiers	-
• Fonds exceptionnel aux départements en difficulté – reprise de provision	50,0
• Reprise de provisions PCH	58,3
• Reprise de provisions MDPH	3,5
• Déficit	7,2

CHARGES	Prévision
Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	181,8
• Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	141,1
• Aide aux aidants loi + bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	6,0
• Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	33,4
• Opérations diverses	1,2
• Contribution à la section VI	0,1
• Excédent	-
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	388,3
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	304,5
• Dépenses d'animation, prévention et études	11,7
• ANAH	20,0
• Fonds d'appui insertion RSA	-
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV	40,0
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV	140,6
• PAI ONAC	2,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	80,1
• PAI logements foyers	7,1
• Opérations diverses	0,9
• Excédent financement d'immobilisation	2,2
• Excédent	-
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	83,7
• Dépenses d'animation, prévention et études	37,4
• Habitat inclusif	1,0
• PAI ONAC	3,6
• Fonds de compensation du handicap	5,0
• Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	31,6
• Conventions emplois STAPS	1,2
• Opérations diverses	0,0
• Excédent financement d'immobilisation	3,8
• Excédent	0,0
Section VI Frais de gestion de la caisse	24,5
• Dépenses de fonctionnement / CNSA	9,1
• Dépenses de personnel / CNSA	11,6
• Dotations aux amortissements et aux provisions	0,5
• Excédent (investissement 2017)	3,3
Section VII Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	172,5
• PAI	58,5
• Provision PAI 2018	114,0
• Excédent	0,0
Total des charges du compte prévisionnel	26 405,4
Résultat prévisionnel (excédent)	0,0
Total équilibre du compte	26 405,4

PRODUITS	Prévision
Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	181,8
• PSK (4,15 %)	75,0
• CASA (0,80 %)	6,0
• Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	12,7
• Reprise de provisions « conventions courantes de section IV »	54,7
• Reprise de provisions « FABP »	33,4
• Déficit	-
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	388,3
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	304,5
• Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
• CASA (23,9 %)	183,4
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	-
• Reprises de provisions « Réponse accompagnée »	-
• Reprise de provisions « conventions courantes de section V1 »	4,0
• Reprise de provisions PAI « anciens PAI »	43,8
• Reprise de provisions PAI ONAC	0,3
• Reprise de provisions PAI « nouveaux PAI déconcentrés aux ARS »	35,6
• Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV	-
• Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	0,4
• Déficit	27,0
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	83,7
• Prélèvement sur la section III	10,0
• CASA (0,7 %)	5,0
• Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	32,1
• Reprise de provisions « conventions courantes de section V2 »	5,0
• Déficit	31,7
Section VI Frais de gestion de la caisse	24,5
• Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	24,5
• Déficit	-
Section VII Aide à l'investissement (article 68 de la loi ASV)	172,5
• Reprise de provisions « PAI »	52,5
• Déficit	120,0
Total des produits du compte prévisionnel	26 144,2
Résultat prévisionnel (déficit)	261,1
Total équilibre du compte	26 405,4

2.

Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH, des MDPH et de la prévention de la perte d'autonomie en 2017

Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

Concours APA 1 ^{re} part ¹⁻²		Article CASF : R. 14-10-38	
Formule de répartition :	$Fd = [(PAd/\sum PAd) \times 50 \% + (Dd/\sum Dd) \times 20 \% - (PFd/\sum PFd) \times 25 \% + (RSAd/\sum RSAd) \times 5 \%) \times 2]$		PONDÉRATION
PAd	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	- 25 %
RSAd	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée par la CNAF et la CCMSA	5 %
Coefficient total :			50 % x 2
Quote-part collectivités d'outre-mer (loi ASV du 28/12/2015)			
QP = Total concours APA 1 x [(nombre de bénéficiaires APA des COM / nombre total de bénéficiaires APA au 31/12 N - 1) x 2]			
Formule de répartition :	$Fc = (Pac/\sum Pac) \times 50 \% + (Dc/\sum Dc) \times 20 \% + (RSAc/\sum RSc) \times 30 \%$		PONDÉRATION
Pac	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dc	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
RSAc	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée par la CNAF et la CCMSA	30 %
Concours APA 2 ^e part ³		Article CASF : R. 14-10-38-1	
Formule de répartition :	$Fd = A \times DNd$		
A	Montant dépense APA domicile N - montant dépense APA domicile 2015 + 25,65 M€ Dans la limite des ressources fixées au L. 14-10-5/III/1 ^o /b	Montants de dépenses pour l'ensemble des départements pour chaque exercice	
DNd	Part de chaque département dans la charge nouvelle (loi ASV)	Donnée DREES (en annexe du décret)	

Le décret 2017-1337 du 13 septembre 2017 a modifié le décret 2016-212 du 26 février 2016 relatif à l'APA 2. Pour les années 2016 et 2017, si le montant de la seconde part du concours APA 2 attribué à un département en application de la méthode présentée ci-dessus ($Fd = A \times DNd$) est inférieur à la somme de l'évolution de sa dépense d'APA à domicile entre 2015 et l'année au titre de laquelle le concours est attribué et de la part qui lui est attribuée au titre de l'avenant BAD (25,65 M€), le montant de la seconde part du concours qui lui est attribué est égal à cette somme.

1. Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation : en aucun cas, le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'APA ou de la PCH de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la Caisse (cf. art. L.14-10-6 du CASF pour l'APA et art. L.14-10-7-II CASF pour la PCH). Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA ou de PCH du département.

2. La loi 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle en Outre-mer a permis de retenir pour Mayotte ses prestations extralégales pour le calcul des concours 2015 (APA et PCH) et pour le calcul des concours 2016 (APA 1, APA 2 et PCH). La régularisation des concours 2015 a été portée par les concours 2016.

Concours PCH ¹⁻²		Article CASF : R. 14-10-32	
Formule de répartition :	Fd = (PAAAd/ΣPAAAd) x 60 % + ((PAESd + PAAHd + PPId) / Σ(PAESd + PAAHd + PPId)) x 30 % + (PCd/ΣPCd) x 30 % – (PFd/ΣPFd) x 20 %		PONDÉRATION
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1)	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PCd	Bénéficiaires PCH + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	– 20 %
Coefficient total :			100 %

Quote-part collectivités d'outre-mer (loi ASV du 28/12/2015)			
QP = Total concours PCH x [(nombre de bénéficiaires PCH + ACTP des COM / nombre total de bénéficiaires PCH + ACTP au 31/12 N – 1) x 2]			
Formule de répartition :	Fd = (PAAAd/ Σ PAAAd) x 40 % + (PAESd + PAAHd + PPId)/ (Σ PAESd + Σ PAAHd + Σ PPId) x 30 % + (PCd/ Σ PCd) x 30 %		PONDÉRATION
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1)	40 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PCd	Bénéficiaires PCH + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %

Concours MDPH		Article CASF : R. 14-10-34	
Formule de répartition :	Fd = Fx + (PAAAd/ΣPAAAd) x 120 % – (PFd/ΣPFd) x 20 %		PONDÉRATION
Fx	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département (hors départements < 30 000 habitants)	
PAAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1)	120 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	– 20 %
Coefficient total :			100 %

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

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

Les répartitions des concours définitifs au financement de l'APA première et seconde part et de la PCH sont effectuées réglementairement en septembre de l'année suivante. Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2017 (concours prévisionnels).

Détail de la répartition des concours aux conseils départementaux

Département	2017					
	APA1		APA2		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
01 AIN	12 960 559	11 665 000	2 767 265	2 496 000	4 974 218	4 477 000
02 AISNE	19 024 737	17 122 000	4 990 150	4 488 000	5 397 835	4 858 000
03 ALLIER	17 141 998	15 428 000	2 948 725	2 652 000	3 569 773	3 213 000
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	6 402 096	5 762 000	1 497 045	1 344 000	1 437 719	1 294 000
05 HAUTES-ALPES	4 833 981	4 351 000	1 179 490	1 056 000	1 262 672	1 136 000
06 ALPES-MARITIMES	33 310 296	29 979 000	9 345 190	8 412 000	8 526 969	7 674 000
07 ARDÈCHE	13 781 262	12 403 000	2 767 265	2 496 000	3 081 280	2 773 000
08 ARDENNES	10 310 255	9 279 000	2 948 725	2 652 000	2 723 076	2 451 000
09 ARIÈGE	7 251 244	6 526 000	1 315 585	1 188 000	1 426 651	1 284 000
10 AUBE	11 062 506	9 956 000	2 721 900	2 448 000	2 758 335	2 483 000
11 AUDE	15 758 161	14 182 000	2 631 170	2 364 000	4 101 390	3 691 000
12 AVEYRON	15 287 362	13 759 000	2 948 725	2 652 000	2 654 577	2 389 000
13 BOUCHES-DU-RHÔNE	57 127 550	51 415 000	12 838 295	11 556 000	19 225 182	17 303 000
14 CALVADOS	21 739 121	19 565 000	6 169 640	5 556 000	5 788 200	5 209 000
15 CANTAL	8 404 170	7 564 000	1 406 315	1 260 000	1 359 884	1 224 000
16 CHARENTE	15 636 927	14 073 000	2 948 725	2 652 000	3 346 554	3 012 000
17 CHARENTE-MARITIME	26 340 108	23 706 000	4 899 420	4 404 000	5 656 321	5 091 000
18 CHER	13 484 755	12 136 000	2 585 805	2 328 000	3 276 395	2 949 000
19 CORRÈZE	12 458 661	11 213 000	2 358 980	2 124 000	2 039 169	1 835 000
20a CORSE-DU-SUD	5 702 811	5 133 000	2 086 790	1 884 000	1 939 745	1 746 000
20b HAUTE-CORSE	7 270 768	6 544 000	2 721 900	2 448 000	1 795 658	1 616 000
21 CÔTE-D'OR	15 064 555	13 558 000	3 039 455	2 736 000	4 812 169	4 331 000
22 CÔTES-D'ARMOR	26 985 385	24 287 000	3 447 740	3 108 000	5 333 436	4 800 000
23 CREUSE	12 060 450	10 854 000	1 497 045	1 344 000	1 215 993	1 094 000
24 DORDOGNE	20 714 169	18 643 000	3 084 820	2 772 000	3 538 946	3 185 000
25 DOUBS	15 182 103	13 664 000	4 445 770	3 996 000	4 935 509	4 442 000
26 DRÔME	15 771 237	14 194 000	3 357 010	3 024 000	4 539 655	4 086 000
27 EURE	14 242 852	12 819 000	3 493 105	3 144 000	5 619 844	5 058 000
28 EURE-ET-LOIR	12 100 857	10 891 000	2 540 440	2 292 000	3 489 950	3 141 000
29 FINISTÈRE	33 727 704	30 355 000	5 761 355	5 184 000	8 436 931	7 593 000
30 GARD	26 489 021	23 840 000	6 124 275	5 508 000	6 220 216	5 598 000
31 HAUTE-GARONNE	32 016 963	28 815 000	11 341 250	10 212 000	11 849 650	10 665 000
32 GERS	10 563 894	9 508 000	2 041 425	1 836 000	1 856 037	1 670 000
33 GIRONDE	43 419 320	39 077 000	12 974 390	11 676 000	14 818 801	13 337 000
34 HÉRAULT	40 831 674	36 749 000	13 428 040	12 084 000	10 607 294	9 547 000
35 ILLE-ET-VILAINE	28 722 515	25 850 000	5 126 245	4 608 000	9 477 098	8 529 000
36 INDRE	10 925 849	9 833 000	1 769 235	1 596 000	2 185 907	1 967 000
37 INDRE-ET-LOIRE	19 479 249	17 531 000	3 175 550	2 856 000	4 737 993	4 264 000
38 ISÈRE	29 285 396	26 357 000	9 118 365	8 208 000	12 052 831	10 848 000
39 JURA	8 628 818	7 766 000	1 179 490	1 056 000	2 249 627	2 025 000
40 LANDES	15 333 937	13 801 000	3 311 645	2 976 000	3 120 167	2 808 000
41 LOIR-ET-CHER	13 757 043	12 381 000	2 585 805	2 328 000	2 861 733	2 576 000
42 LOIRE	27 583 013	24 825 000	4 037 485	3 636 000	7 541 645	6 787 000
43 HAUTE-LOIRE	9 053 919	8 149 000	1 134 125	1 020 000	2 414 735	2 173 000
44 LOIRE-ATLANTIQUE	32 295 666	29 066 000	4 627 230	4 164 000	11 999 898	10 800 000
45 LOIRET	18 857 015	16 971 000	5 942 815	5 352 000	5 016 833	4 515 000
46 LOT	10 307 326	9 277 000	2 313 615	2 088 000	1 537 157	1 383 000
47 LOT-ET-GARONNE	16 162 194	14 546 000	2 994 090	2 700 000	2 983 297	2 685 000
48 LOZÈRE	3 535 940	3 182 000	362 920	324 000	978 679	881 000
49 MAINE-ET-LOIRE	24 531 324	22 078 000	2 313 615	2 088 000	7 327 033	6 594 000
50 MANCHE	18 974 932	17 077 000	3 039 455	2 736 000	4 727 490	4 255 000
51 MARNE	14 235 982	12 812 000	2 631 170	2 364 000	5 149 249	4 634 000
52 HAUTE-MARNE	7 189 793	6 471 000	1 179 490	1 056 000	1 967 849	1 771 000
53 MAYENNE	11 017 395	9 916 000	907 300	816 000	2 594 162	2 335 000
54 MEURTHE-ET-MOSELLE	23 162 683	20 846 000	5 216 975	4 692 000	6 972 482	6 275 000
55 MEUSE	7 008 259	6 307 000	952 665	852 000	1 601 412	1 441 000

2017					Cumul sur douze ans			
MDPH		Forfait autonomie	Autres actions de prévention	TOTAL	APA 1 + 2	PCH	MDPH	Prévention
Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Concours prévisionnel (100 %)	concours prévisionnels	Total 2006 -2017	Total 2006-2017	Total 2006-2017	Total 2016-2017
692 961	656 000	456 216	1 214 793	23 066 011	132 604 889	53 408 827	6 550 799	2 839 214
616 723	590 000	142 079	1 164 273	31 335 797	200 832 381	64 110 703	6 184 628	2 238 968
440 539	420 000	132 303	963 984	25 197 322	187 504 783	40 362 337	4 479 961	1 884 043
309 285	297 000	73 972	437 920	10 158 038	65 544 919	15 770 701	3 165 737	876 100
298 977	285 000	18 574	352 741	7 946 435	51 990 521	13 867 652	3 050 564	645 382
915 388	867 000	453 609	2 727 870	55 279 321	404 683 050	99 044 083	8 873 424	5 468 016
434 079	413 000	222 568	831 570	21 118 024	151 558 405	33 339 939	4 332 073	1 799 810
409 802	393 000	119 268	621 919	17 133 045	113 653 677	32 433 865	4 201 394	1 274 854
308 407	294 000	37 801	419 103	10 758 791	82 070 478	16 160 567	3 155 353	795 167
429 902	408 000	166 193	709 686	17 848 522	116 783 989	29 792 328	4 318 131	1 501 774
463 883	444 000	76 253	986 669	24 017 527	177 594 125	44 272 170	4 604 834	1 825 149
395 224	375 000	119 594	792 690	22 198 171	167 410 358	29 520 325	3 994 675	1 566 888
1 729 169	1 639 000	963 592	4 293 659	96 177 448	641 662 133	201 746 350	16 559 344	8 997 546
720 360	686 000	748 519	1 563 038	36 728 878	238 169 312	67 094 879	7 156 243	3 867 842
305 827	292 000	25 418	427 991	11 929 605	94 691 365	16 037 245	3 180 720	783 468
456 982	436 000	177 924	933 864	23 500 976	171 586 667	40 153 840	4 621 121	1 907 713
640 536	612 000	374 097	1 789 279	39 699 761	287 123 758	62 464 675	6 357 387	3 691 771
423 096	406 000	203 994	830 237	20 804 283	144 236 548	37 178 676	4 329 750	1 770 696
368 625	349 000	188 026	679 874	18 093 334	142 148 580	23 923 519	3 779 396	1 486 496
317 426	302 000	-	365 790	10 412 562	72 258 181	23 026 948	3 147 161	635 988
340 424	324 000	-	420 100	12 548 851	78 094 835	21 778 502	3 386 671	725 913
608 745	579 000	96 131	1 175 577	24 796 632	163 555 363	53 747 630	6 042 388	2 176 174
621 202	596 000	259 717	1 607 772	38 255 252	280 142 435	63 510 960	6 217 609	3 206 245
284 822	271 000	25 744	373 973	15 458 027	157 101 331	14 516 087	2 955 426	691 020
491 407	471 000	274 707	1 233 807	29 337 857	227 197 183	41 616 441	4 964 689	2 585 287
612 658	583 000	233 973	1 108 734	26 518 747	158 874 944	53 428 932	6 024 849	2 289 078
560 269	530 000	196 173	1 148 895	25 573 239	166 328 565	49 514 378	5 463 564	2 294 190
667 991	633 000	693 122	1 219 211	25 936 125	149 911 749	62 387 791	6 524 086	3 206 648
529 640	505 000	112 750	934 749	19 708 386	130 156 241	39 917 214	5 285 063	1 771 807
879 218	842 000	166 193	2 186 238	51 157 639	375 846 441	97 876 995	8 687 725	4 055 030
750 109	718 000	296 866	1 798 374	41 678 861	290 625 507	69 557 512	7 266 517	3 569 569
1 326 213	1 244 000	354 871	2 422 477	59 311 424	346 035 127	123 158 675	12 069 757	4 750 399
338 316	323 000	36 171	548 638	15 384 481	144 577 866	20 558 241	3 435 087	999 781
1 437 200	1 349 000	1 436 101	3 198 378	77 284 190	481 800 124	157 788 553	13 283 520	7 839 674
1 080 360	1 016 000	97 435	2 532 146	68 576 948	457 532 710	110 106 993	9 927 717	4 538 553
1 043 756	981 000	384 199	1 987 531	46 741 344	295 243 657	102 625 953	9 744 030	4 051 748
356 587	342 000	63 544	645 430	15 946 552	123 915 771	25 146 779	3 713 490	1 222 752
663 334	629 000	470 228	1 375 394	29 901 747	206 180 483	54 051 772	6 492 308	3 164 553
1 152 812	1 093 000	695 403	2 435 302	54 740 109	297 746 869	124 514 680	10 940 536	5 375 675
388 370	370 000	222 242	628 917	13 297 464	96 206 705	25 541 818	3 942 060	1 449 312
493 560	469 000	14 664	1 043 490	23 317 462	166 264 012	33 495 949	4 796 775	1 820 171
438 778	417 000	153 810	856 198	20 653 366	150 259 389	31 227 232	4 407 141	1 738 739
755 980	722 000	604 811	1 792 580	42 315 514	297 893 389	89 147 315	7 466 154	4 102 586
366 345	349 000	19 552	572 733	13 561 409	100 597 319	26 786 023	3 704 941	1 027 090
1 266 475	1 189 000	508 680	2 696 598	53 394 547	337 159 547	126 837 540	11 767 733	5 423 441
703 066	666 000	279 269	1 438 240	32 237 238	202 742 628	58 985 463	6 888 731	2 928 401
317 439	303 000	202 364	525 781	15 203 682	108 825 365	18 287 871	3 272 818	1 239 496
438 896	420 000	209 533	913 181	23 701 191	176 784 492	34 927 775	4 424 782	1 922 136
256 345	245 000	21 507	203 169	5 358 560	38 633 260	10 962 205	2 669 595	387 387
830 580	787 000	1 150 315	1 688 515	37 841 382	258 101 887	78 921 183	8 042 294	4 739 572
553 650	529 000	492 713	1 280 166	29 068 406	204 951 401	53 523 810	5 543 011	2 972 253
651 992	621 000	673 570	1 186 030	24 527 993	153 150 081	60 938 921	6 492 007	3 138 664
333 325	319 000	95 154	461 344	11 226 956	80 255 820	23 055 309	3 456 980	947 560
426 389	407 000	148 596	704 726	15 798 568	119 915 405	29 811 536	4 310 718	1 458 671
784 827	748 000	780 780	1 524 450	38 442 198	251 410 170	78 683 611	7 782 821	3 920 086
345 725	331 000	107 862	448 957	10 464 881	75 396 815	19 342 010	3 568 069	955 340

Département	2017					
	APA1		APA2		PCH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)
56 MORBIHAN	27 911 744	25 121 000	4 536 500	4 080 000	6 400 347	5 760 000
57 MOSELLE	28 563 390	25 707 000	6 850 115	6 168 000	9 133 951	8 221 000
58 NIÈVRE	10 809 521	9 729 000	1 859 965	1 668 000	2 391 190	2 152 000
59 NORD	67 144 927	60 430 000	14 199 245	12 780 000	26 510 553	23 859 000
60 OISE	15 698 935	14 129 000	3 765 295	3 384 000	8 319 997	7 488 000
61 ORNE	12 968 734	11 672 000	2 222 885	2 004 000	2 639 570	2 376 000
62 PAS-DE-CALAIS	50 763 962	45 688 000	15 696 290	14 124 000	14 501 958	13 052 000
63 PUY-DE-DÔME	22 012 745	19 811 000	4 672 595	4 200 000	5 592 812	5 034 000
64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	24 565 264	22 109 000	5 307 705	4 776 000	6 056 310	5 451 000
65 HAUTES-PYRÉNÉES	12 494 432	11 245 000	3 402 375	3 060 000	2 239 375	2 015 000
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	20 002 903	18 003 000	4 581 865	4 128 000	4 492 590	4 043 000
67 BAS-RHIN	27 345 168	24 611 000	7 893 510	7 104 000	9 354 419	8 419 000
68 HAUT-RHIN	18 661 565	16 795 000	4 445 770	3 996 000	6 498 556	5 849 000
69 RHÔNE	10 871 409	9 784 000	3 039 455	2 736 000	5 020 964	4 519 000
69 M Métropole de Lyon	27 206 108	24 485 000	9 073 000	8 160 000	10 497 531	9 448 000
70 HAUTE-SAÔNE	8 036 875	7 233 000	1 179 490	1 056 000	2 081 882	1 874 000
71 SAÔNE-ET-LOIRE	24 232 118	21 809 000	4 082 850	3 672 000	5 174 660	4 657 000
72 SARTHE	19 269 069	17 342 000	2 721 900	2 448 000	4 791 113	4 312 000
73 SAVOIE	9 231 178	8 308 000	2 903 360	2 616 000	3 348 210	3 013 000
74 HAUTE-SAVOIE	11 730 382	10 557 000	4 627 230	4 164 000	6 010 558	5 410 000
75 PARIS	4 259 949	3 834 000	15 605 560	14 040 000	13 433 100	12 090 000
76 SEINE-MARITIME	35 474 581	31 927 000	11 341 250	10 212 000	11 371 504	10 234 000
77 SEINE-ET-MARNE	17 799 925	16 020 000	6 260 370	5 640 000	11 280 600	10 153 000
78 YVELINES	14 067 260	12 661 000	7 167 670	6 456 000	10 029 020	9 026 000
79 DEUX-SÈVRES	15 357 768	13 822 000	1 769 235	1 596 000	3 221 626	2 899 000
80 SOMME	19 100 058	17 190 000	5 216 975	4 692 000	5 750 580	5 176 000
81 TARN	18 588 437	16 730 000	3 493 105	3 144 000	3 786 784	3 408 000
82 TARN-ET-GARONNE	10 291 643	9 262 000	2 132 155	1 920 000	2 717 006	2 445 000
83 VAR	35 764 791	32 188 000	11 205 155	10 080 000	8 898 736	8 009 000
84 VAUCLUSE	16 118 171	14 506 000	3 493 105	3 144 000	4 633 169	4 170 000
85 VENDÉE	21 750 872	19 576 000	2 041 425	1 836 000	5 791 405	5 212 000
86 VIENNE	15 469 020	13 922 000	2 041 425	1 836 000	3 508 882	3 158 000
87 HAUTE-VIENNE	16 218 121	14 596 000	3 357 010	3 024 000	3 629 102	3 266 000
88 VOSGES	13 251 125	11 926 000	1 859 965	1 668 000	3 157 702	2 842 000
89 YONNE	13 158 451	11 843 000	2 041 425	1 836 000	3 262 643	2 936 000
90 TERRITOIRE DE BELFORT	4 495 980	4 046 000	1 179 490	1 056 000	1 256 052	1 130 000
91 ESSONNE	15 703 718	14 133 000	5 171 610	4 656 000	9 732 564	8 759 000
92 HAUTS-DE-SEINE	2 384 717	2 146 000	7 575 955	6 816 000	9 436 652	8 493 000
93 SEINE-SAINT-DENIS	23 454 465	21 109 000	10 116 395	9 108 000	13 580 079	12 222 000
94 VAL-DE-MARNE	20 904 246	18 814 000	8 211 065	7 392 000	10 829 894	9 747 000
95 VAL-D'OISE	15 557 637	14 002 000	5 806 720	5 232 000	9 325 207	8 393 000
971 GUADELOUPE	15 598 841	14 039 000	3 220 915	2 904 000	4 248 319	3 823 000
972 MARTINIQUE	16 506 924	14 856 000	3 311 645	2 976 000	3 952 804	3 558 000
973 GUYANE	2 961 983	2 666 000	226 825	204 000	1 819 045	1 637 000
974 RÉUNION	25 622 271	23 060 000	5 715 990	5 148 000	8 836 601	7 953 000
975 SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	164 545	148 000	45 365	36 000	86 999	78 000
976 MAYOTTE	1 519 535	1 368 000	272 190	240 000	781 695	704 000
977 SAINT-BARTHELEMY	186 465	168 000	45 365	36 000	61 064	55 000
978 SAINT-MARTIN	672 790	605 000	90 730	84 000	285 440	257 000
TOTAL	1 866 432 483	1 679 788 000	453 650 000	408 228 000	582 874 132	524 586 000

2017					Cumul sur douze ans			
MDPH		Forfait autonomie	Autres actions de prévention	TOTAL	APA 1 + 2	PCH	MDPH	Prévention
Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Concours prévisionnel (100 %)	concours prévisionnels	Total 2006 -2017	Total 2006-2017	Total 2006-2017	Total 2016-2017
739 711	707 000	447 743	1 869 429	41 905 473	286 034 543	73 059 215	7 246 777	3 946 853
1 036 128	996 000	759 273	2 197 465	48 540 322	289 634 213	104 752 636	10 269 796	4 984 861
341 891	329 000	82 445	636 903	16 121 915	123 481 282	28 056 808	3 587 967	1 241 008
2 311 156	2 188 000	1 773 701	4 759 757	116 699 338	753 086 945	292 832 823	22 204 666	11 090 635
856 561	815 000	820 536	1 505 719	30 967 044	155 969 633	91 349 388	8 327 479	3 946 063
403 873	387 000	345 746	754 910	19 335 717	141 865 281	30 922 489	4 165 071	1 842 700
1 364 997	1 296 000	1 097 524	2 941 054	86 365 785	572 719 826	160 979 827	13 367 983	6 871 034
695 951	665 000	236 254	1 495 180	34 705 538	232 781 910	64 233 072	6 897 170	2 964 040
690 317	658 000	223 546	1 672 045	38 515 186	265 591 335	66 320 131	6 756 498	3 248 014
359 697	344 000	58 656	639 516	19 194 051	135 108 636	26 696 825	3 706 101	1 180 475
526 504	499 000	175 969	1 259 415	31 039 247	218 904 020	49 479 682	5 133 092	2 452 167
1 112 182	1 055 000	312 834	2 201 625	48 219 737	282 608 400	107 584 080	10 723 739	4 515 499
789 303	754 000	479 026	1 586 557	32 460 777	186 949 995	73 422 685	7 743 990	3 595 277
327 618	308 000	359 759	884 952	20 504 156	318 860 086	133 642 375	11 191 276	2 092 504
1 310 471	1 232 000	1 151 618	2 395 244	51 633 972	88 978 266	33 198 138	3 836 333	6 004 558
379 573	363 000	150 551	571 572	12 399 943	87 261 584	23 902 118	3 883 113	1 232 491
596 681	572 000	663 468	1 472 942	36 222 720	262 211 490	58 741 777	6 013 420	3 639 606
621 438	595 000	665 423	1 305 293	29 374 235	210 169 505	53 853 143	6 200 334	3 331 684
504 113	477 000	272 752	924 167	17 183 780	98 293 702	38 073 076	4 946 092	2 064 030
824 651	770 000	224 523	1 457 229	24 874 573	118 260 668	61 865 884	7 556 057	2 870 317
1 740 774	1 695 000	2 159 855	4 033 885	41 233 123	155 233 778	161 997 117	17 479 408	10 502 291
1 136 874	1 082 000	2 078 388	2 647 316	64 049 912	405 075 803	135 058 975	11 155 544	7 988 213
1 331 463	1 259 000	725 383	2 236 964	39 634 705	169 343 850	121 075 667	12 466 729	5 023 530
1 243 572	1 185 000	911 779	2 537 785	35 957 087	135 398 772	109 992 270	12 029 450	5 851 493
480 083	456 000	226 804	912 141	21 967 658	163 783 031	36 317 834	4 800 296	1 948 307
646 535	617 000	92 221	1 206 790	32 013 158	210 306 039	65 431 045	6 449 384	2 234 326
483 343	459 000	93 524	1 011 082	27 456 276	208 392 047	42 101 789	4 794 588	1 907 627
392 748	373 000	42 689	604 005	16 180 246	114 515 118	28 778 226	3 856 308	1 104 544
905 206	854 000	564 730	2 782 301	60 120 918	397 448 466	95 121 491	8 650 891	5 721 750
604 739	573 000	351 938	1 282 865	26 483 987	180 638 341	50 539 852	5 949 872	2 791 676
673 693	642 000	305 664	1 654 750	32 217 810	223 146 993	61 748 016	6 542 795	3 346 002
532 748	507 000	421 674	1 005 779	22 979 527	165 669 784	41 107 540	5 335 095	2 414 099
478 978	457 000	158 046	959 385	24 800 643	183 163 132	42 369 109	4 850 071	1 933 069
469 557	451 000	183 138	916 250	19 837 736	139 867 144	37 186 701	4 842 914	1 896 863
446 673	425 000	10 428	862 249	19 781 869	143 606 533	40 416 356	4 539 599	1 508 769
313 826	300 000	40 082	294 047	7 579 476	46 902 633	13 961 996	3 196 171	572 704
1 218 328	1 140 000	1 084 489	2 142 054	35 052 764	147 194 749	103 622 455	11 265 056	5 434 605
1 314 519	1 240 000	1 042 778	2 642 975	24 397 597	49 798 772	106 584 591	12 301 064	6 300 524
1 514 615	1 420 000	1 030 721	2 189 350	51 885 626	268 571 620	148 446 214	14 009 983	5 486 576
1 319 820	1 243 000	1 096 872	2 272 010	44 633 908	236 472 662	123 496 466	12 312 496	5 740 230
1 192 207	1 127 000	798 703	1 854 876	34 535 350	164 668 207	106 783 662	11 304 370	4 487 168
516 338	499 000	-	779 366	24 363 779	215 210 167	48 882 334	5 312 842	1 344 705
505 539	484 000	-	812 942	25 089 854	188 458 237	45 609 263	5 191 486	1 403 385
417 537	392 000	-	173 340	5 598 731	28 193 968	17 486 246	3 902 908	295 276
939 629	897 000	-	1 095 015	42 209 505	328 740 487	94 967 673	8 909 976	1 877 553
38 844	37 000	-	10 204	345 958	1 474 658	371 642	230 731	17 826
375 003	350 000	-	81 302	3 029 726	4 009 238	1 376 778	2 358 660	138 125
-	-	-	10 616	303 511	1 450 634	467 411	-	18 405
-	-	-	32 628	1 081 587	5 322 632	2 203 003	-	54 656
70 800 000	67 259 000	40 000 000	140 000 000	3 153 756 614	20 504 351 819	6 486 457 184	688 800 000	307 000 000

3. Analyse de l'actualisation 2017 par les ARS des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), prévu par l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles, avait pour objectif initial de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services tarifés par l'État dans la région et accompagnant les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap.

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

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

L'analyse des montants programmés par les ARS dans les PRIAC donne les tendances suivantes (selon le bilan au 31 décembre 2016 présenté au Conseil de la CNSA de juillet 2017).

1. Secteur « personnes âgées »

6 832 places ont été installées en 2016 (hors pôles d'activités et de soins adaptés – PASA – et plateforme d'accompagnement et de répit – PFR – non comptabilisés en places) **pour un montant consommé de 81,30 M€.**

La programmation inscrite dans l'outil SEPPIA pour la période 2017-2021 indique une prévision d'installation de **18 503 places** et une consommation supplémentaire de **233,5 M€.**

Comme les années précédentes, la part des EHPAD dans la programmation globale est la plus importante.

Malgré une très forte augmentation du nombre de places d'accueil de jour (elles ont été multipliées par 6 depuis 2005), **les dispositifs concourant à l'accompagnement en milieu ordinaire ne représentent encore que 20 % de l'offre totale.**

L'offre spécifiquement dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées représente près d'un quart des crédits programmés.

> Offre spécifique Alzheimer

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

	Réalisation au 31/12/2016	
	Places installées	Millions d'€ consommés
Équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	5 054	75,9
Unité d'hébergement renforcé (UHR)	1 789	34,2
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	-	97,2
Plateforme de répit (PFR)	-	16,4
Total	6 843	223,7

Au 31 décembre 2016, **223,7 M€** ont été engagés (c'est-à-dire autorisés) par les ARS, soit **82 %** des crédits notifiés.

2. Secteur « personnes handicapées »

En 2016, 4 417 places ont été installées, dont 2 358 destinées à l'accompagnement des adultes et 2 059 pour les enfants, pour un montant de 137,3 M€.

En 2016, les crédits ont été consommés à part égale entre adultes et enfants. Les crédits dédiés aux établissements sont majoritaires (62 %) dans l'ensemble des montants consommés en 2016. En revanche, en raisonnant en nombre de places installées, les services sont les plus nombreux (52 %).

Entre 2017 et 2021, 8 464 places sont programmées sur le champ du handicap pour un montant de 352,8 M€.

Sur la période 2017-2021, la seule année 2017 représente 61 % de la programmation prévisionnelle sur le champ du handicap (soit 5 134 places). Pour les enfants, 2017 constitue près des trois quarts de la programmation totale prévisionnelle.

Le développement de l'offre par type de structure

Secteur « enfants »

Comme l'an passé, plus de la moitié des places programmées sont des SESSAD et plus d'un quart des IME. Les ITEP et les structures expérimentales (établissements et services) représentent 18 % de la programmation.

Répartition des places programmées dans le secteur de l'enfance entre 2017 et 2021

Catégories d'ESMS	Nombre de places programmées 2017-2021	Part de chaque catégorie
SESSAD	1 659	50,9 %
IME	643	19,7 %
ITEP	222	6,8 %
Établissement expérimental	213	6,5 %
Service expérimental	166	5,1 %
Établissement accueil expérimental	112	3,4 %
Établissement pour polyhandicapés	105	3,2 %
IEM	75	2,3 %
Équipe mobile	55	1,7 %
Institution d'éducation sensorielle	5	0,2 %
Jardin d'enfants spécialisé	4	0,1 %
Total Enfants	3 259	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

Secteur « adultes »

La programmation est majoritairement orientée vers des places de FAM et MAS. On note également que les structures autorisées conjointement avec les conseils départementaux (FAM et SAMSAH) représentent environ 50 % de la programmation.

Répartition des places programmées dans le secteur des adultes entre 2017 et 2021

Catégories d'ESMS	Nombre de places programmées 2017-2021	Part de chaque catégorie
FAM	2 016	38,7 %
MAS	1 764	33,9 %
SAMSAH	739	14,2 %
Établissement accueil temporaire	227	4,4 %
Service expérimental	116	2,2 %
SSIAD	112	2,2 %
EHPAD	75	1,4 %
SPASAD	40	0,8 %
CRP	39	0,7 %
CPO	38	0,7 %
Établissement expérimental	25	0,5 %
Équipe mobile	14	0,3 %
Total Adultes	5 205	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

La programmation par type de déficience

Pour les enfants comme pour les adultes, l'autisme reste la priorité de la programmation 2017-2021 : ainsi 37 % de la programmation est destinée à l'accompagnement des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. Ces places sont deux fois plus importantes dans la programmation 2017-2021 que parmi l'ensemble des places installées entre 2008 et 2016.

Cette dynamique résulte de l'accélération de la mise en œuvre du troisième plan Autisme par les ARS. Sur l'enfance, la part des places accueillant tout type de déficience a fortement augmenté et représente 24 % de la programmation destinée aux enfants. Ces places sont très majoritairement en SESSAD.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, bien qu'en diminution depuis deux ans, fait encore l'objet d'un effort particulier (330 places, soit 6 % de la programmation pour les adultes).

➤ Répartition des places programmées par type de public/déficience entre 2017 et 2021

Catégories de public/déficience	Adultes	Enfants	Total PH	Part de chaque catégorie
Autisme – TED	1 959	1 187	3 147	37,2 %
Toutes déficiences	686	790	1 476	17,4 %
Déficiences psychologiques	846	36	882	10,4 %
Polyhandicap	410	172	582	6,9 %
Troubles du comportement	0	446	446	5,3 %
Cérébrolésés	418	0	418	4,9 %
Déficiences intellectuelles	66	349	415	4,9 %
Personnes handicapées vieillissantes	330	0	330	3,9 %
Autres handicaps rares	209	113	322	3,8 %
Déficience motrice	86	21	107	1,3 %
Déficience non précisée	96	2	98	1,2 %
Déficiences sensorielles	0	91	91	1,1 %
Épilepsie	60	5	65	0,8 %
Déficiences auditives	16	22	38	0,4 %
Troubles du langage	0	24	24	0,3 %
Alzheimer	12	0	12	0,1 %
Déficiences visuelles	10	0	10	0,1 %
Total	5 205	3 259	8 464	100 %

Source : CNSA (SEPPIA).

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

Bilan des notifications 2017

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins. Elle doit ainsi permettre d'accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans leurs investissements. Dans le champ des personnes âgées, notamment, elle doit tenir compte de la solvabilité des personnes (« reste-à-charge »).

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

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

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

1. Les critères d'éligibilité

L'arrêté ministériel du 9 janvier 2017 fixe comme suit les critères d'éligibilité du PAI :

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

2. Les crédits délégués aux ARS

Le PAI 2017 « de droit commun », d'un volume de 130 M€, a été entièrement délégué aux ARS.

La répartition de ces 130 M€ a généré les enveloppes d'investissement suivantes :

- 117 M€ déconcentrés aux ARS :
 - 72 M€ sur le secteur des personnes âgées ;
 - 45 M€ sur le secteur des personnes handicapées ;
- 13 M€ réservés nationalement pour des projets financés sur décision ministérielle.

Les axes de mise en œuvre ont été précisés aux ARS au travers de l'instruction technique du 20 janvier 2017 qui a orienté l'emploi des crédits vers le financement d'opérations portant sur la restructuration, l'extension et la création de places.

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

Sur le secteur du handicap, la priorité aux opérations de création pour les établissements accueillant des personnes adultes a également été maintenue, avec une orientation forte vers les projets visant à adapter les modalités d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes avec autisme. 35 % des établissements financés représentent les ESAT, 2017 étant l'année d'ouverture de leur éligibilité au PAI.

Le PAI 2017 dit « ONAC », dédié aux opérations liées au transfert de la gestion d'établissements, jusqu'alors gérés par l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre, d'un volume de 5 M€, n'a pas encore été délégué intégralement aux ARS.

3. Notification des aides allouées et bilan quantitatif de la déconcentration

Le PAI a été consommé à hauteur de 130 M€ et a été notifié par les ARS comme suit pour 188 opérations :

- 82 M€ pour 104 opérations sur le secteur des personnes âgées ;
- 48 M€ pour 84 opérations sur le secteur des personnes handicapées.

Par ailleurs, 10 M€ ont été alloués à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour la modernisation des résidences autonomie. Ce qui a permis de financer 59 résidences autonomie accompagnées, soit 2 843 logements.

5. Synthèse nationale des rapports d'activité des MDPH et des MDA pour l'année 2016

En synthèse : l'année 2016, nouvelle étape de la modernisation des MDPH

En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continuent de faire face à une augmentation de leur activité : près de 4,44 millions de demandes leur ont été adressées, soit une augmentation de 4,5 % par rapport à 2015. L'augmentation plus importante des avis et décisions rendues (+ 6 %) permet néanmoins de contenir les délais de traitement. Les taux de recours, quant à eux, restent stables.

Les rapports d'activité témoignent de l'implication des MDPH pour répondre à ce haut niveau d'activité et mettre en œuvre les réformes et chantiers en cours. Un double mouvement se dessine : une optimisation accrue de leur fonctionnement, notamment par la dématérialisation et des réflexions organisationnelles ; une individualisation accrue des réponses, notamment dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et le nouveau formulaire de demande. Cette individualisation est un enjeu essentiel pour améliorer la qualité de service et la pertinence des réponses aux usagers.

1. Une nouvelle augmentation de l'activité des MDPH

➤ Des demandes en constante augmentation

En 2016, 4,44 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, contre 4,25 millions en 2015, soit une augmentation de 4,5 % en moyenne sur l'ensemble du territoire national. Si ce nombre continue de progresser, le rythme de l'augmentation a toutefois été moins soutenu qu'en 2015, et la part des premières demandes diminue pour la majorité des prestations ou orientations. La répartition des demandes déposées en 2016 est similaire aux années précédentes.

Une part importante des demandes concerne :

- les cartes (d'invalidité, de priorité ou de stationnement) : 31,4 % ;
- l'emploi (orientation ou formation professionnelle, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH) : 23,1 % ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le complément de ressources (CPR) : 18,5 %.

➤ Des décisions toujours plus nombreuses et des taux d'accord stables ou à la baisse

Les MDPH ont rendu 4,53 millions de décisions et avis en 2016, soit 6 % de plus qu'en 2015. Cette progression est supérieure à l'augmentation du nombre de demandes, ce qui permet de contenir les délais de traitement des demandes. Le nombre de dossiers en attente d'une année sur l'autre est quant à lui stable.

L'évolution des taux d'accord varie selon les prestations et est marquée par d'importantes disparités départementales. À l'exception des cartes d'invalidité ou de priorité pour les adultes pour lesquelles le taux d'accord augmente, les taux d'accords diminuent ou restent globalement stables pour les autres prestations ou décisions d'orientation.

➤ Une croissance de l'activité avec peu de conséquences sur les délais de traitement

En dépit d'un nombre de demandes toujours plus important, les délais de traitement sont peu impactés grâce aux efforts des MDPH pour augmenter l'activité. En moyenne, les délais augmentent de 3 jours pour les demandes « adultes » (4 mois et 15 jours) et de 6 jours pour les demandes « enfants » (3 mois et 17 jours). Le taux de recours reste également stable (2 %).

2. Des moyens budgétaires et humains stables, en proportion de l'augmentation de l'activité

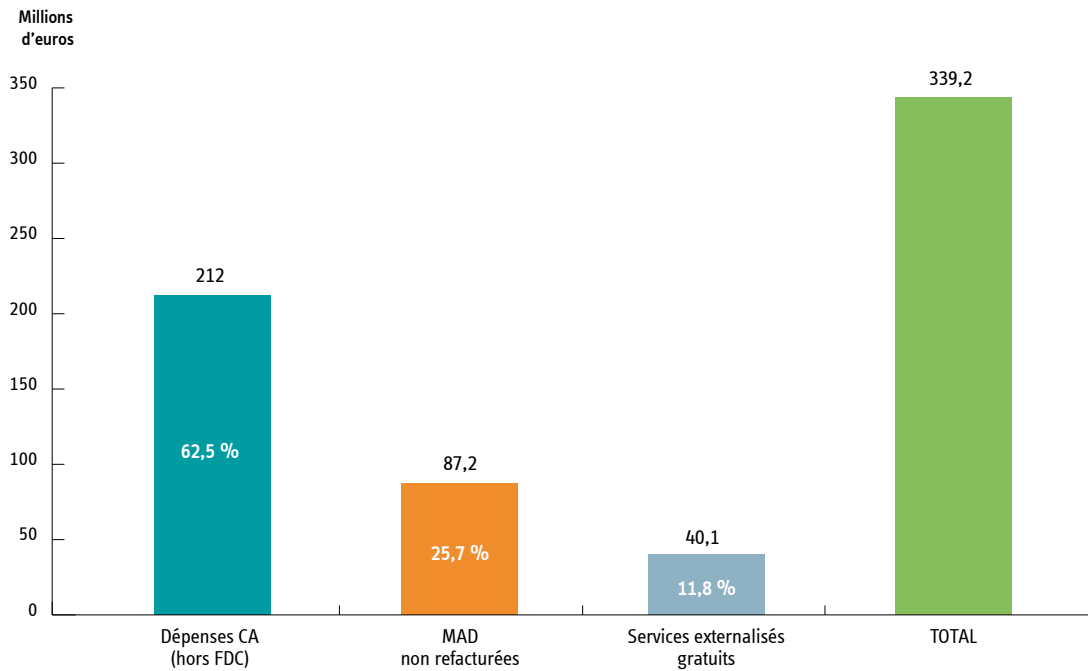
Des dépenses de fonctionnement toujours en augmentation en 2016

En 2016, les dépenses de fonctionnement associées aux 102 MDPH atteignent 339,2 M€. Ce coût global de fonctionnement intègre les dépenses au compte administratif (CA) des MDPH (hors fonds de compensation – FDC) ainsi que la valorisation des mises à disposition (MAD) de personnel et de services externalisés non refacturés aux MDPH.

La comparaison avec les dépenses enregistrées en 2015 (327,4 M€¹) montre une augmentation de 3,65 % de ce coût, qui s'explique majoritairement par une hausse des dépenses propres aux MDPH (dépenses au compte administratif) de 6,2 %, alors que les dépenses non refacturées de personnel mis à disposition par les partenaires diminuent de 2,5 %. Les dépenses de services externalisés assurés par les partenaires à titre gratuit pour les MDPH augmentent de 4,3 %, mais la qualité de remplissage de ces données étant incertaine, il est difficile d'interpréter cette évolution.

Décomposition du coût de fonctionnement des MDPH en 2016 (hors FDC)

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2016.
Clé de lecture : En 2016, les mises à disposition de personnel non refacturées par les partenaires représentent 87,2 M€, soit 25,7 % des 339,2 M€ du coût total de fonctionnement des MDPH.

Un solde de fonctionnement en 2016 (hors fonds de compensation) majoritairement déficitaire

En 2016, les recettes enregistrées au compte administratif des MDPH atteignent 209,4 M€. Les charges de personnel représentent 76 % des dépenses.

Si l'on prend en compte uniquement le résultat comptable de l'année, 58 MDPH ont un solde de fonctionnement (hors fonds de compensation) déficitaire, soit 12 de plus qu'en 2015. Le report de fonctionnement, constitué du cumul des soldes excédentaires des années précédentes, permet de couvrir les charges, mais s'amenuise.

1. Le montant de 341,3 M€ mentionné dans la synthèse des rapports d'activité de décembre 2015 incluait le fonds de compensation. Il a été retiré dans l'analyse des données 2016.

➤ Des dépenses de personnel de plus en plus prises en charge par les MDPH

Entre 2014 et 2016, le montant total des charges des personnels travaillant dans les MDPH a augmenté de 6,2 % (hors services externalisés) : **on observe ainsi depuis plusieurs années une baisse des mises à disposition non refacturées et une augmentation du personnel embauché directement par les MDPH, tendance qui se confirme en 2016.**

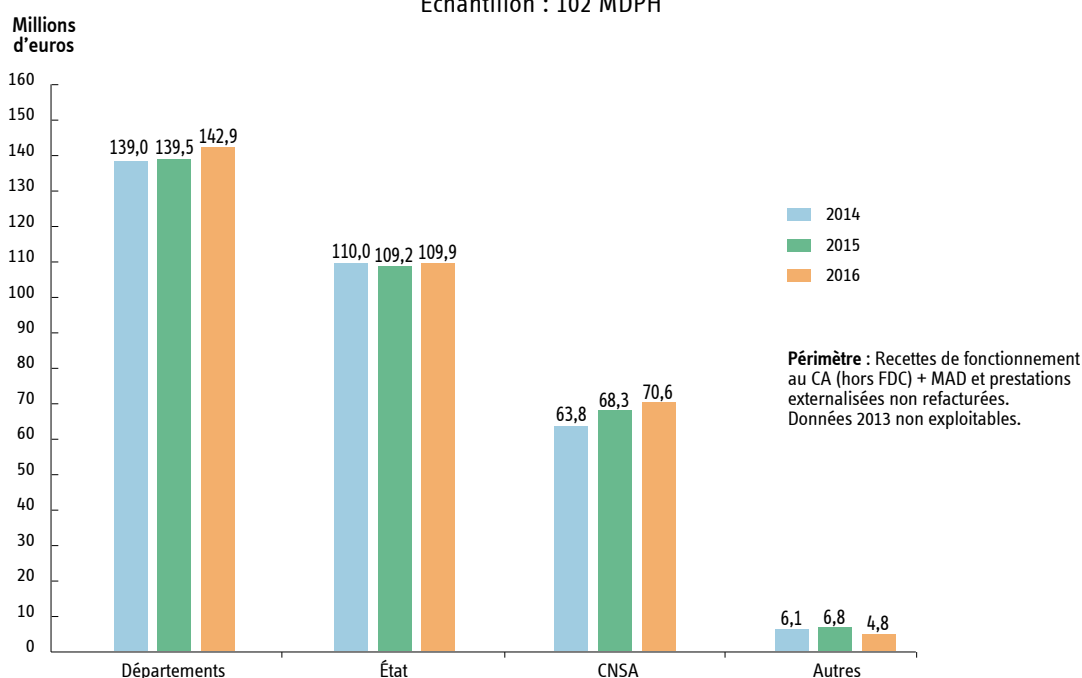
➤ Les apports des partenaires en légère augmentation

En 2016, les apports des partenaires totalisent 328,2 M€, soit une augmentation de 1,3 % par rapport à 2015, qui s'explique par une augmentation des apports monétaires (+ 2,4 %) et une légère baisse des apports en nature (- 0,4 %).

➤ Évolution des apports aux MDPH (monétaires + en nature) par contributeur, entre 2014 et 2016

(hors investissement ; hors FDC)

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2016.

Autres : Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Mutualité sociale agricole (MSA), caisses d'allocations familiales (CAF) et autres (non précisé).

➤ Une répartition des effectifs stable en 2016

5 294 ETP travaillent dans les MDPH en 2016.

En moyenne, le nombre d'ETP par MDPH a augmenté de 5,4 % depuis 2012 et de 1,2 % entre 2014 et 2015. Le nombre d'ETP internes reste stable en 2016 alors même que l'activité augmente (+ 6 % d'avis et décisions rendus).

La différence entre la situation réelle et la situation attendue (telle que prévue dans les conventions et les contrats) est en moyenne de 3,4 ETP par MDPH. Elle s'explique par des absences pour congés (maladie, maternité...), des départs non remplacés et des vacances de postes.

Le département est toujours le premier employeur de personnel au sein des MDPH (55 % des ETP travaillés). Il refacture plus de 60 % des dépenses qu'il expose à la MDPH.

➤ Les services externalisés

En 2016, le montant total des prestations externalisées renseignées dans les maquettes s'élevait à 80,7 M€, dont 37,5 millions étaient refacturés aux MDPH, soit près de la moitié. Les dépenses du département, partenaire principal, s'élevaient à 56,2 M€ dont 41,2 millions ont fait l'objet d'une refacturation.

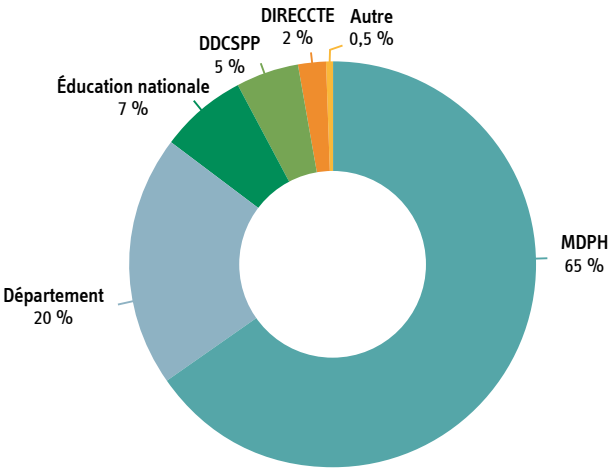
La majorité des externalisations (67 %) est réalisée pour des fonctions support (notamment loyers et charges locatives). **L'évaluation des besoins des personnes constitue un quart des prestations externalisées.** Le graphique ci-dessous montre la répartition du montant consacré à ces prestations d'évaluation externalisées en fonction du type d'évaluation.

Les partenaires pour ces évaluations sont divers (associations, centres hospitaliers, établissements médico-sociaux, centres ressources, Pôle emploi, PACT...), mais le principal partenaire reste le

département (67 % des dépenses d'évaluation externalisées, refacturées ou non).

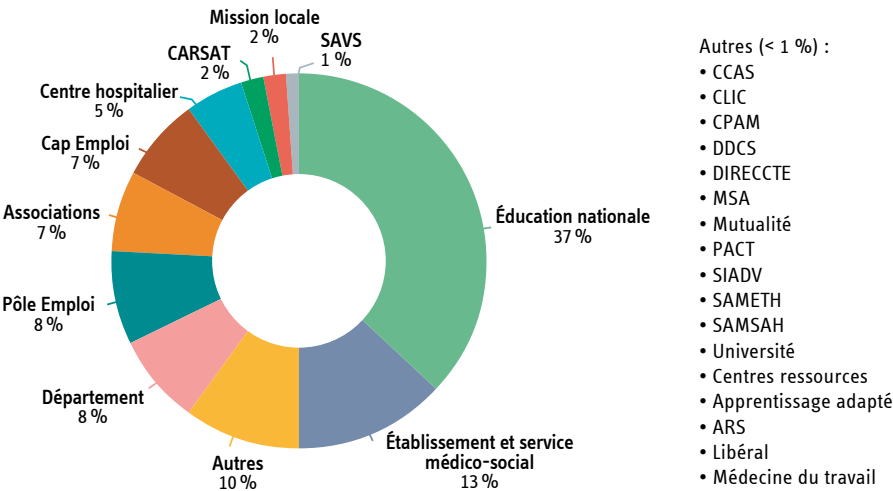
Plusieurs MDPH soulignent l'importance du travail partenarial engagé sur l'évaluation, ce qui est par ailleurs confirmé par les résultats d'une enquête réalisée en juin 2016 auprès des membres des équipes pluridisciplinaires, qui citait notamment un travail partenarial avec les professionnels d'établissements et services médico-sociaux, de l'Éducation nationale, de Cap emploi, de Pôle emploi, des ARS et de l'assurance maladie.

➤ Répartition de la valorisation des charges de personnel après refacturation à la MDPH en 2016
Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2016.

➤ Participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation en 2016
(en % du volume annuel de demi-journées de réunion)
Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2016.

Clé de lecture : En 2016, l'Éducation nationale a participé à 37 % des réunions d'équipes pluridisciplinaires (sont comptabilisées uniquement les réunions auxquelles participent des partenaires).

Ainsi, en 2016, le volume total de demi-journées de réunions auxquelles ont participé les partenaires est de 54 209, chiffre stable par rapport à 2015 (+ 0,25 %).

En moyenne par MDPH, **près de huit partenaires différents** participent aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation des MDPH. Une convention existe dans 47 % des cas.

3. Des travaux d'optimisation engagés pour améliorer le service rendu aux usagers

La synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH rend compte des transformations organisationnelles opérées ou initiées par les MDPH en 2016.

Les MDPH ont ainsi engagé d'importants **travaux de réorganisation, de modernisation des processus et des pratiques professionnelles** pour faire face à l'augmentation constante de leur activité, améliorer leur qualité de service et mettre en œuvre les chantiers nationaux.

Parmi ces travaux, citons :

- **la structuration du pilotage** : amélioration des systèmes d'information, formalisation des processus, mise en place de démarche qualité (RMQS), mise en œuvre d'un pilotage pour le déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous » ;
- **le renforcement de la dynamique partenariale autour de la construction des réponses** : mise en œuvre de la « Réponse accompagnée pour tous » ;
- **l'élaboration de réponses plus en proximité** : réflexions sur la territorialisation, l'optimisation de l'accueil ;
- **le renforcement de leurs compétences** : meilleur pilotage des ressources humaines, mutualisations, structuration de maisons départementales de l'autonomie, formation des agents, recours à des prestations externes.

Toutes les **missions des MDPH** ont ainsi été impactées, avec par exemple :

- **sur l'accueil** : la meilleure information des usagers en amont des sollicitations ; la mise en œuvre de solutions pour améliorer le taux de réponse téléphonique ou la structuration d'un accueil gradué en deux niveaux visant à faire face à l'augmentation de l'activité et des sollicitations ;
- **sur l'instruction** : l'amélioration de l'enregistrement et de l'aiguillage des dossiers par l'évolution des périmètres de poste des agents d'accueil et d'instruction,

l'harmonisation des procédures d'instruction ou la mutualisation des instructions (enfants/adultes, personnes âgées/personnes handicapées en MDA) ;

- **sur l'évaluation** : l'installation ou l'amélioration des circuits d'évaluation et des cellules de « pré-tri » ou « pré-qualification » du dossier, par exemple par dominante de projet de vie pour l'orienter vers le circuit de traitement le plus adapté ; l'adaptation du processus d'instruction et/ou d'évaluation avec la création de circuits courts et/ou de circuits gradués sur plusieurs niveaux ;
- **sur le processus de décision** : des réflexions pour augmenter le nombre de décisions prises en CDAPH et favoriser la consultation des usagers (présentation des demandes sur dossier priorisée par rapport à la présentation sur liste, ouverture des commissions aux usagers, etc.).

Enfin, face à certaines difficultés, un grand nombre de MDPH a entrepris des travaux de réorganisation du fonctionnement des fonds départementaux de compensation du handicap portant sur la réduction du reste-à-charge pour le bénéficiaire, la simplification des circuits de demande, la réorganisation de la procédure d'instruction ou encore la meilleure information de l'utilisateur sur la possibilité de saisir le fonds et les modalités de saisine.

4. Un engagement important pour la mise en œuvre des chantiers nationaux

L'année a été marquée par un engagement important des MDPH pour la modernisation et l'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers, notamment à travers le développement de nombreux chantiers tels que :

- le déploiement, par 24 territoires pionniers, de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- les travaux préparatoires à la mise en œuvre d'un système d'information (SI) commun des MDPH ;
- la carte mobilité inclusion (CMI) qui a commencé à mobiliser certaines MDPH dès 2016 ;
- la contractualisation renouvelée entre les conseils départementaux et la CNSA, qui fixe de nouveaux objectifs, notamment en matière de qualité de service rendu aux usagers.

L'analyse des rapports d'activités des MDPH témoigne d'un double mouvement :

- d'optimisation des processus internes des MDPH, notamment par la poursuite des travaux engagés sur la modernisation des outils de gestion : dématérialisation, amélioration des systèmes d'information existants et participation aux travaux relatifs au système d'information commun ;
- d'individualisation de la réponse et du suivi des décisions, en lien notamment avec les apports du dispositif ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique), des expérimentations en matière d'emploi accompagné et la montée en charge de la « Réponse accompagnée pour tous » dans 24 territoires.

L'année 2017 engage les MDPH dans la mise en œuvre de plusieurs de ces chantiers initiés en 2016 avec notamment trois défis à relever :

- l'amélioration de la qualité de service en direction des usagers des MDPH avec la réalisation de l'autodiagnostic du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS) et la mise en place d'un plan d'amélioration continue de la qualité ;
- la construction de solutions individualisées répondant au projet de vie des personnes avec le déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous » ;
- la modernisation des outils de gestion et d'échanges avec le développement du SI commun des MDPH et du suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux.

6. Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2017

Tableau 1 : conventions signées en 2017 au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services d'aide à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et de l'accompagnement des aidants – Délégations de crédits en 2017 aux ARS

1.1 – Conventions avec les conseils départementaux				
Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2017	Description du projet
01 Ain	558 983 €	289 991 €	168 491 €	Axe 1 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Professionnalisation des acteurs Axe 3 – Formation des accueillants familiaux Axe 4 – Accompagnement des proches aidants Axe 5 – Pilotage de la convention
02 Aisne	665 000 €	346 000 €	105 000 €	Axe 1 – Structuration du secteur de l'aide à domicile et amélioration de l'offre de service Axe 2 – Politique départementale de soutien aux aidants Axe 3 – Formation et professionnalisation des accueillants familiaux Axe 4 – Mise en œuvre et suivi de la convention
03 Allier	1 480 448 €	880 224 €	251 500 €	Axe 1 – Actions de professionnalisation et soutien à la formation Axe 2 – Modernisation par la mise en œuvre de la télégestion dans les services nouvellement autorisés Axe 3 – Aide aux aidants Axe 4 – Lutte contre l'isolement des personnes âgées Axe 5 – Pilotage, animation et suivi de la convention
05 Hautes-Alpes	675 992 €	388 668 €	138 056 €	Axe 1 – Aide à domicile : modernisation du secteur Axe 2 – Aide à domicile : structuration de l'offre et contractualisation Axe 3 – Aide à domicile : professionnalisation du secteur Axe 4 – Soutien des proches aidants Axe 5 – Formation des accueillants familiaux Axe 6 – Pilotage de la convention
19 Corrèze	3 188 000 €	1 774 000 €	608 000 €	Axe 1 – Modernisation de la gestion de l'aide à domicile Axe 2 – Professionnalisation des métiers de l'aide à domicile Axe 3 – Renforcement du secteur de l'aide à domicile – soutien à l'innovation – expérimentations Axe 4 – Soutien à la diversification de l'offre Axe 5 – Pilotage et coordination du dispositif
21 Côte-d'Or	128 734 €	64 367 €	64 367 €	Axe 1 – Modernisation des procédures de suivi, de contrôle et d'échanges avec les services d'aide à domicile Axe 2 – Accompagnement des accueillants familiaux Axe 3 – Pilotage du programme
24 Dordogne	43 792 €	21 896 €	3 414 €	Axe 1 – Formation des accueillants familiaux

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2017	Description du projet
26 Drôme	2 085 130 €	1 163 633 €	377 299 €	Axe 1 – Structuration et modernisation du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Professionnalisation du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Soutien des aidants familiaux Axe 4 – Soutien des accueillants familiaux
30 Gard	2 428 852 €	1 331 595 €	472 081 €	Axe 1 – Structuration de l'offre de service en vue de réguler et de renforcer la qualité de service Axe 2 – Modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile Axe 3 – Soutien des proches aidants Axe 4 – Formation des accueillants familiaux Axe 5 – Accompagnement du bénévolat Axe 6 – Professionnalisation des aides à domicile Axe 7 – Mise en œuvre et suivi de la convention
32 Gers	509 000 €	273 400 €	73 400 €	Axe 1 – Modernisation des SAAD et professionnalisation des acteurs Axe 2 – Regroupement des services d'aide à la personne Axe 3 – Formation des accueillants familiaux Axe 4 – Mise en place d'une politique départementale de soutien aux aidants Axe 5 – Pilotage des actions, accompagnement de leur mise en œuvre et suivi de la convention
33 Gironde	6 416 000 €	3 452 500 €	495 500 €	Axe 1 – Accompagnement de la structuration du secteur Axe 2 – Modernisation des SAAD Axe 3 – Poursuite de la professionnalisation des personnels de l'aide à domicile Axe 4 – Soutien de la professionnalisation des accueillants familiaux Axe 5 – Accompagnement des proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap Axe 6 – Pilotage et animation de la convention
49 Maine-et-Loire	718 600 €	563 930 €	121 670 €	Axe 1 – Accompagnement des proches aidants Axe 2 – Formation des accueillants familiaux
61 Orne	44 931 €	22 465 €	22 465 €	Axe 1 – Poursuite du chantier de modernisation des six services d'aide à domicile autorisés par la mise en application de la télétransmission
63 Puy-de-Dôme	3 217 000 €	1 608 500 €	661 500 €	Axe 1 – Amélioration de l'offre de service et structuration du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Contribution à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile Axe 4 – Soutien des proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap Axe 5 – Ingénierie, étude, évaluation, pilotage, animation de la convention
69 Rhône	1 157 180 €	628 340 €	7 660 €	Axe 1 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Professionnalisation du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Diversification et adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées et handicapées Axe 4 – Formation des accueillants familiaux Axe 5 – Soutien des proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap par la mise en place d'un relais itinérant des aidants Axe 6 – Pilotage de la convention
87 Haute-Vienne	441 605 €	227 553 €	85 553 €	Axe 1 – Soutien et valorisation des professionnels du domicile Axe 2 – Formation des accueillants familiaux Axe 3 – Soutien et structuration de l'aide aux proches aidants Axe 4 – Mise en œuvre et suivi de l'accord-cadre
91 Essonne	2 072 250 €	1 117 500 €	144 700 €	Axe 1 – Structuration du secteur de l'aide à domicile Axe 2 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Formation des accueillants familiaux Axe 4 – Soutien aux proches aidants Axe 5 – Pilotage de la convention

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

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2017	Description du projet
APF	2 180 433 €	1 221 043 €	580 147 €	Axe 1 – Adéquation de l'offre de service aux besoins des personnes en situation de handicap dans les territoires Axe 2 – Amélioration de l'offre de service des SAAD et mandataire Axe 3 – Accompagnement du particulier employeur en situation de handicap / organisation Axe 4 – Consolidation des services prestataires et poursuite de l'effort de gestion Axe 5 – Pilotage de la convention
FESP	9 000 000 €	4 500 000 €	1 014 426 €	Axe 1 – Développement de la performance qualitative par la télégestion et la téléphonie Axe 2 – Professionnalisation des équipes Axe 3 – Structuration de l'offre Axe 4 – Pilotage des axes et des actions, méthodologie et moyens humains
MONALISA	775 135 €	449 578 €	449 578 €	Axe 1 – Appui aux dynamiques territoriales Axe 2 – Assurer les fonctions de centre de ressources et d'expérimentations Axe 3 – Pilotage de la démarche
SYNERPA	7 820 992 €	3 910 496 €	709 896 €	Axe 1 – Développement, modernisation des systèmes d'information, de gestion, de télégestion et développement de la télégestion mobile Axe 2 – Ressources humaines et sécurisation des parcours professionnels Axe 3 – Prévention des risques professionnels Axe 4 – Démarche qualité : de l'évaluation interne à la certification de service

1.3 – Conventions relatives à l'accompagnement des proches aidants

GNCRA	828 843 €	663 075 €	663 075 €	Axe 1 – Mise en œuvre des actions collectives, généralistes et ciblées, de formation des aidants familiaux Axe 2 – Organisation d'une journée de retour sur expériences
UNAFAM	2 648 261 €	2 118 609 €	634 771 €	Axe 1 – Information et formation des proches aidants Axe 2 – Formation des formateurs de l'Unafam Axe 3 – Soutien psychosocial individuel et ponctuel Axe 4 – Développement de dispositifs de formation à distance Axe 5 – Outils de communication Axe 6 – Pilotage du dispositif d'accompagnement pour les aidants

1.4 – Conventions avec les OPCA

UNIFAF	4 500 000 €	4 500 000 €	4 500 000 €	Axe 1 – Qualification : cofinancement d'actions de formation qualifiante sur les diplômes d'accompagnant éducatif et social (DEAES), d'aide-soignant (DEAS), d'éducateur spécialisé (DEES), de moniteur-éducateur (DEME), d'infirmier (DEI) Axe 2 – Professionnalisation : formations ASG, adolescents en difficulté, accompagnement des troubles autistiques, hospitalisation à domicile, personnes handicapées vieillissantes, handicaps rares Axe 3 – Emplois d'avenir : cofinancement de parcours de formation pour les jeunes en emploi d'avenir, formation des tuteurs, accompagnement tutorial
ACTALIANS	2 420 500 €	2 420 500 €	2 420 500 €	Axe 1 – Qualification : cofinancement d'actions de formation qualifiante sur les diplômes d'accompagnant éducatif et social (DEAES), d'aide-soignant (DEAS), d'infirmier (DEI) Axe 2 – Professionnalisation : formations ASG

Porteur du projet	Montant du programme pluriannuel	Subvention pluriannuelle prévisionnelle de la CNSA	dont subvention prévisionnelle au titre de 2017	Description du projet
ANFH	6 535 000 €	6 535 000 €	6 535 000 €	Axe 1 – Qualification : cofinancement d'actions de formation qualifiante sur les diplômes d'accompagnant éducatif et social (DEAES), d'aide-soignant (DEAS), d'aide médico-psychologique (DEAMP), d'éducateur spécialisé (DEES), de moniteur-éducateur (DEME), d'infirmier (DEI) Axe 2 – Professionnalisation : formations ASG, IDE en EHPAD, accompagnement de la fin de vie, autisme et TED, bientraitance, prise en charge de la dépendance et du handicap, maladie de Parkinson Axe 3 – Emplois d'avenir : cofinancement de parcours de formation pour les jeunes en emploi d'avenir, formation des tuteurs, accompagnement tutoral
CNFPT	795 000 €	795 000 €	795 000 €	Axe 1 – Qualification : cofinancement d'actions de formation qualifiante par VAE sur les diplômes d'accompagnant éducatif et social (DEAES), d'aide-soignant (DEAS), d'aide médico-psychologique (DEAMP), d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), d'assistant de vie aux familles (DEAVF) Axe 2 – Professionnalisation : formations ASG, accompagnement de la fin de vie en ESMS, actions de prévention en ESMS Axe 3 – Emplois d'avenir : cofinancement de parcours de formation pour les jeunes en emploi d'avenir, formation des tuteurs
1.5 – Délégations de crédits aux ARS				
Formation des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA	1 147 078 €		1 147 078 €	Formation spécifique ayant pour objet de permettre aux intervenants de SAAD de repérer les indices de risques de perte d'autonomie des personnes accompagnées à leur domicile, et transmettre chaque fois que nécessaire les informations pertinentes aux membres de la coordination clinique de proximité (CCP), et en particulier au médecin traitant
PNMD- Formation des aidants	1 490 301 €		1 490 301 €	Axe 1 – Actions d'information-formation Axe 2 – Actions collectives d'accompagnement des aidants à travers des actions d'information et de soutien

(*) Convention ou avenant lié à un accord-cadre applicable pour la seule année 2017.

Tableau 2 : Mise en œuvre des dispositifs de soutien financier résultant de dispositions spécifiques : fonds d'aide à la restructuration (LFSS 2015) et fonds d'appui aux bonnes pratiques (LFSS pour 2017)

2.1 Fonds d'aide à la restructuration de l'aide à domicile		Montant des versements
INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/333 du 4 novembre 2016 relative à la répartition actualisée de la dotation prévue à l'article 116 de la loi de finances rectificative pour 2015 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile.		147 000 €

2.2 – Fonds d'appui aux bonnes pratiques de l'aide à domicile	
2.2.1 Conventions avec les départements	
Départements	Montant des subventions allouées
Ain	697 573 €
Allier	271 743 €
Ardèche	648 486 €
Aube	322 142 €
Aveyron	782 296 €
Charente	689 587 €
Charente-Maritime	763 714 €
Cher	589 181 €
Corse-du-Sud	167 775 €
Côte-d'Or	524 789 €
Côtes-d'Armor	1 090 516 €
Dordogne	1 042 107 €
Eure	934 719 €
Haute-Garonne	328 200 €
Gers	443 393 €
Gironde	4 736 338 €
Hérault	1 723 511 €
Ille-et-Vilaine	1 122 177 €
Indre-et-Loire	569 964 €
Isère	1 752 935 €
Landes	150 505 €
Loire-Atlantique	946 469 €
Lot	668 882 €
Lot-et-Garonne	782 105 €
Manche	692 253 €
Marne	545 454 €
Meurthe-et-Moselle	354 947 €
Pas-de-Calais	4 143 134 €
Pyrénées-Atlantiques	690 923 €
Hautes-Pyrénées	782 294 €
Pyrénées-Orientales	444 416 €
Bas-Rhin	961 153 €
Rhône	499 972 €
Saône-et-Loire	1 627 222 €
Sarthe	564 590 €
Savoie	380 703 €
Haute-Savoie	446 779 €
Paris	819 208 €
Seine-Maritime	994 854 €
Seine-et-Marne	585 837 €
Deux-Sèvres	592 659 €
Tarn	1 110 953 €
Tarn-et-Garonne	367 552 €
Var	1 493 391 €
Vaucluse	280 252 €
Vendée	941 266 €
Vienne	664 131 €
Yonne	513 009 €
Territoire de Belfort	324 333 €
Val-de-Marne	448 824 €
Sous-total	43 019 216 €

2.2.2 Versements aux ARS	
Volet 3 du fonds d'appui – Aide à la restructuration	Montant des versements
Instruction du 21 mars 2017 relative à la répartition de la dotation destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile – 1 ^{er} versement	5 000 000 €
Instruction du 2 octobre 2017 relative à la répartition de la dotation destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile – 2 ^e versement	1 980 784 €
Sous-total	6 980 784 €
TOTAL	50 000 000 €

Subventions versées en 2017 au titre de la section IV du budget de la CNSA

Le **tableau 1** rend compte des montants versés en 2017 au titre des conventions, au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services d'aide à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et de l'accompagnement des aidants en cours d'exécution, et/ou échus en 2017. Le versement des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'une attestation d'engagement des actions par le partenaire. Ce tableau rend compte également des montants versés en 2017 aux ARS.

1.1 – Conventions avec les conseils départementaux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2017
02 – Aisne	12/12/2017	346 000 €	52 500 €
03 – Allier	16/12/2013	723 525 €	103 714 €
03 – Allier	28/07/2017	880 224 €	125 750 €
05 – Hautes-Alpes	12/12/2017	388 668 €	69 028 €
06 – Alpes-Maritimes	16/07/2012	1 530 000 €	77 240 €
06 – Alpes-Maritimes	01/12/2016	1 617 500 €	435 050 €
07 – Ardèche	30/03/2015	326 838 €	69 650 €
09 – Ariège	02/08/2013	136 400 €	22 000 €
09 – Ariège	12/12/2016	299 400 €	49 900 €
11 – Aude	13/11/2016	804 590 €	103 525 €
12 – Aveyron	03/05/2013	462 622 €	38 548 €
12 – Aveyron	20/12/2016	410 327 €	78 479 €
15 – Cantal	12/07/2013	455 389 €	55 548 €
16 – Charente	02/12/2015	657 866 €	214 043 €
17 – Charente-Maritime	13/06/2014	362 500 €	85 572 €
19 – Corrèze	10/11/2014	2 579 719 €	23 140 €
19 – Corrèze	05/09/2017	1 774 000 €	304 000 €
20A – Corse-du-Sud	12/12/2016	412 178 €	84 490 €
21 – Côte-d'Or	26/06/2017	64 367 €	32 184 €
22 – Côtes-d'Armor	26/03/2015	296 500 €	105 122 €
23 – Creuse	30/12/2016	967 700 €	199 800 €
24 – Dordogne	15/12/2017	21 896 €	1 707 €
25 – Doubs	27/09/2012	1 311 403 €	75 000 €
25 – Doubs	28/08/2015	1 193 418 €	420 558 €
26 – Drôme	30/09/2013	1 277 683 €	85 050 €
27 – Eure	05/09/2016	786 987 €	175 204 €
30 – Gard	05/09/2017	1 331 595 €	236 041 €
31 – Haute-Garonne	29/04/2014	1 199 997 €	230 188 €
32 – Gers	24/12/2013	436 899 €	4 716 €
32 – Gers	05/10/2017	273 400 €	36 700 €
33 – Gironde	12/07/2013	2 132 600 €	158 831 €
33 – Gironde	04/12/2017	3 452 200 €	247 750 €
34 – Hérault	12/12/2016	22 000 €	10 406 €
35 – Ille-et-Vilaine	25/10/2016	171 691 €	24 961 €
37 – Indre-et-Loire	26/04/2012	240 000 €	38 756 €
38 – Isère	02/08/2013	723 116 €	180 085 €
38 – Isère	26/12/2016	1 066 775 €	425 343 €
40 – Landes	18/12/2015	870 894 €	280 377 €
41 – Loir-et-Cher	29/09/2014	952 879 €	148 630 €
48 – Lozère	28/08/2015	180 413 €	141 033 €
49 – Maine-et-Loire	30/07/2013	294 694 €	232 205 €
49 – Maine-et-Loire	12/12/2017	563 930 €	60 835 €
51 – Marne	27/11/2014	282 957 €	103 122 €

Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2017
61 – Orne	05/10/2017	22 466 €	11 233 €
62 – Pas-de-Calais	27/03/2015	2 557 012 €	852 705 €
63 – Puy-de-Dôme	01/02/2017	1 608 500 €	98 690 €
64 – Pyrénées-Atlantiques	15/03/2016	838 000 €	220 775 €
69 – Rhône	15/12/2017	628 340 €	3 830 €
67 – Bas-Rhin	26/12/2016	70 207 €	35 104 €
69 – Métropole de Lyon	1/08/2016	422 350 €	106 938 €
71 – Saône-et-Loire	10/09/2010	1 200 000 €	132 645 €
76 – Seine-Maritime	24/05/2016	1 270 000 €	222 500 €
77 – Seine-et-Marne	31/12/2015	881 132 €	266 050 €
78 – Yvelines	01/07/2015	2 483 490 €	734 443 €
87 – Haute-Vienne	04/12/2017	227 353 €	42 777 €
80 – Somme	23/07/2014	172 044 €	36 301 €
83 – Var	19/09/2016	981 100 €	183 400 €
84 – Vaucluse	22/05/2014	810 340 €	74 574 €
93 – Seine-Saint-Denis	26/01/2012	1 245 517 €	73 953 €
93 – Seine-Saint-Denis	20/12/2016	992 500 €	174 725 €
94 – Val-de-Marne	31/12/2013	3 602 802 €	359 593 €
971 – Guadeloupe	03/10/2012	783 598 €	101 644 €
974 – La Réunion	12/09/2016	928 128 €	128 314 €
TOTAL		56 008 618 €	9 506 969 €

1.2 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2017
ADESSA	12/03/15	7 365 458 €	1 501 318 €
ADMR	01/08/16	20 917 935 €	3 933 580 €
MONALISA	18/07/17	449 578 €	359 662 €
Croix-Rouge française	12/10/12	3 375 629 €	251 127 €
Croix-Rouge française	10/06/16	1 557 000 €	246 500 €
Réseau Idéal	05/04/16	185 915 €	78 134 €
EDESS	05/04/16	352 800 €	141 120 €
SYNERPA	23/05/17	3 910 496 €	354 948 €
HANDEO	12/12/14	1 199 838 €	115 015 €
FESP	25/07/17	4 500 000 €	507 213 €
UNA	27/11/14	23 254 889 €	10 147 870 €
UNCCAS	26/11/14	668 541 €	225 265 €
FEDESAP	19/06/15	3 272 133 €	855 005 €
FEPEM	02/08/13	682 428 €	169 469 €
TOTAL		71 692 640 €	18 886 226 €

1.3 – Conventions relatives à l'accompagnement des proches aidants			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2017
AFA	12/11/14	948 778 €	181 560 €
FNAF – CFO–SFP–SNLF	27/11/14	1 384 311 €	414 725 €
France Parkinson	01/06/16	517 767 €	223 936 €
UNAFAM	07/09/16	470 865 €	229 894 €
UNAFAM	28/07/17	2 118 609 €	507 817 €
ANCRA (autisme)	27/08/13	1 523 935 €	206 158 €
APF	12/12/16	806 073 €	66 940 €
APF	28/07/17	1 221 043 €	290 074 €
France Alzheimer	12/04/16	4 580 192 €	359 299 €
GNCRA	10/04/17	663 075 €	331 538 €
TOTAL		14 234 647 €	2 811 940 €

1.4 – Conventions avec les OPCA			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention pluriannuelle prévisionnelle	Montant versé en 2017
UNIFAF – Emplois d'avenir (*)	20/12/16	1 885 000 €	565 500 €
UNIFAF – formation des professionnels sur la scolarisation des enfants handicapés(*)	20/12/16	248 520 €	248 520 €
UNIFAF (*)	14/11/17	3 500 000 €	1 750 000 €
UNIFAF – Emplois d'avenir (*)	19/12/17	1 000 000 €	500 000 €
UNIFAF	14/12/17	887 481 €	887 481 €
ANFH (*)	20/09/16	5 197 500 €	2 068 326 €
ANFH – Emplois d'avenir (*)	22/11/16	1 535 000 €	797 795 €
ANFH (*)	14/11/17	5 000 000 €	2 500 000 €
ANFH – Emplois d'avenir (*)	19/12/17	1 535 000 €	767 500 €
OPCA PL / ACTALIANS (*)	21/12/15	2 420 500 €	726 150 €
OPCA PL / ACTALIANS- Emplois d'avenir (*)	18/12/15	117 690 €	82 473 €
OPCA PL / ACTALIANS (*)	14/11/17	2 420 500 €	1 210 250 €
CNFPT – Emplois d'avenir (*)	12/12/16	45 000 €	22 600 €
CNFPT (*)	28/09/16	750 000 €	750 000 €
Agefos-PME	16/11/15	11 074 901 €	1 324 855 €
Uniformation	12/10/12	45 000 000 €	28 179 431 €
TOTAL		82 617 092 €	42 380 880 €

1.5 – Délégations de crédits aux ARS			
Objet	Date de l'instruction	Montant des crédits répartis	Montant des crédits versés en 2017
Formation des aidants 2017	14/12/17	1 490 301 €	1 490 301 €
Complément formation des aidants 2016	16/12/16	1 000 000 €	1 000 000 €
Formations des intervenants dans le cadre du dispositif PAERPA (6 ARS)	14/12/17	1 147 078 €	1 147 078 €
TOTAL		3 637 379 €	3 637 379 €

(*) Convention ou avenant applicable pour une seule année.

Le **tableau 2** rend compte des versements intervenus en 2017 au titre de la mise en œuvre des dispositifs de soutien financier résultant de dispositions spécifiques : fonds d'aide à la restructuration (LFSS 2015) et fonds d'appui aux bonnes pratiques (LFSS pour 2017).

2.1 – Fonds d'aide à la restructuration de l'aide à domicile		
	Montant des crédits répartis	Montant versé en 2017
INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/333 du 4 novembre 2016 relative à la répartition actualisée de la dotation prévue à l'article 116 de la loi de finances rectificative pour 2015 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	147 000 €	147 000 €

2.2 Fonds d'appui aux bonnes pratiques de l'aide à domicile	
2.2.1 Conventions avec les départements	
Départements	Acomptes versés en 2017
Ain	163 514 €
Allier	78 348 €
Ardèche	153 697 €
Aube	88 428 €
Aveyron	180 459 €
Charente	161 917 €
Charente-Maritime	152 742 €
Cher	141 836 €
Corse-du-Sud	33 555 €
Côte-d'Or	128 957 €
Côtes-d'Armor	242 103 €
Dordogne	232 421 €
Eure	210 943 €
Haute-Garonne	89 640 €
Gers	112 678 €
Gironde	971 267 €
Hérault	368 702 €
Ille-et-Vilaine	248 435 €
Indre-et-Loire	137 992 €
Isère	374 587 €
Landes	30 101 €
Loire-Atlantique	213 293 €
Lot	157 776 €
Lot-et-Garonne	180 421 €
Manche	162 450 €
Marne	133 090 €
Meurthe-et-Moselle	94 989 €
Pas-de-Calais	852 626 €
Pyrénées-Atlantiques	162 184 €
Hautes-Pyrénées	186 459 €
Pyrénées-Orientales	112 883 €
Bas-Rhin	216 230 €
Rhône	99 994 €
Saône-et-Loire	349 444 €
Sarthe	112 918 €
Savoie	100 140 €
Haute-Savoie	113 356 €
Paris	187 841 €
Seine-Maritime	222 970 €
Seine-et-Marne	117 167 €
Deux-Sèvres	142 531 €
Tarn	246 190 €
Tarn-et-Garonne	97 510 €
Var	322 678 €
Vaucluse	56 050 €
Vendée	212 253 €
Vienne	156 826 €
Yonne	126 601 €
Territoire de Belfort	64 866 €
Val-de-Marne	113 765 €
Sous-total	9 617 823 €

2.2.2 Versements aux ARS	
Volet 3 du fonds d'appui – Aide à la restructuration	Montants des versements
Instruction du 21 mars 2017 relative à la répartition de la dotation destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile – 1 ^{er} versement	5 000 000 €
Instruction du 2 octobre 2017 relative à la répartition de la dotation destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile – 2 ^e versement	1 980 784 €
Sous-total	6 980 784 €
TOTAL	16 598 607 €

7. Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2017 – Projets d'études et de recherche et actions innovantes

Études et actions innovantes		
Population	Porteur du projet	Projet
Personnes âgées	Institut national de la consommation (INC)	Tablettes tactiles dédiées aux personnes âgées
Personnes âgées	Mutualité française Haute-Garonne (MFHG)	Évaluation et accompagnement du déploiement d'un outil d'intégration
Personnes âgées	Union des Bistrots mémoire	Évaluation des Bistrots mémoire
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation (INC)	Installation/rénovation de salles d'eau dédiées aux personnes âgées ou handicapées
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Nantes'Renoue	Voisins solidaires, habitat et mixité sociale
Personnes handicapées	Association Le Moulin vert	Expérimentation d'une co-formation innovante sur la co-construction du projet personnalisé associant parents et professionnels
Personnes handicapées	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP)	Campagne d'information : « Handicap : agir tôt »
Personnes handicapées	Association vivre avec le SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale)	SAFARI 2
Personnes handicapées	Centre de ressources et de mobilité handicap (CEREMH)	Élaboration d'un guide de pratiques pédagogiques pour l'apprentissage de la conduite automobile des personnes dyspraxiques
Personnes handicapées	Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier	Infrastructure de recherche sur l'autisme : cohorte ELENA
Personnes handicapées	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Aquitaine	Évaluation conjointe des besoins des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
Personnes handicapées	Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (FIRAH)	Production de films et contenus numériques au service de la valorisation de la recherche auprès des acteurs de terrain
Personnes handicapées	Fondation Motrice	Enquête nationale sur les besoins des personnes atteintes de paralysie cérébrale
Personnes handicapées	Hospices civils de Lyon (HCL)	Projet START (système territorial d'accès à des ressources transdisciplinaires)
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Expertise collective INSERM Polyhandicap
Personnes handicapées	Loisirs Pluriel	État des lieux de l'offre d'accueil des enfants en situation de handicap en accueils collectifs de mineurs, et des besoins et attentes des parents
Personnes handicapées	Maison des jeunes et de la culture (MJC) LORRAINE	Les maladies invalidantes, un handicap invisible
Personnes handicapées	Mutuelle La Mayotte	Projet de plateforme intégrée d'inclusion citoyenne pour les personnes souffrant de troubles psychiques

Résumé	Budget
Enquête sur les tablettes simplifiées permettant une meilleure accessibilité aux ressources et aux usages (communiquer, s’informer, se distraire, etc.) d’Internet, une plus grande adoption de ce produit, et de favoriser le maintien du lien social	135 440 €
Déploiement et évaluation d'un outil d'intégration des services d'aide et de soins de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses aidants à domicile	60 000 €
Étude évaluative de l'impact des Bistrots mémoire sur le couple aidant/aidé	24 020 €
Évaluation des compétences et des services attendus des installateurs de douches nécessaires à la prise en compte des besoins spécifiques et des exigences de la clientèle des seniors et des personnes en situation de handicap	93 975 €
Expérimentation d'un dispositif d'hébergement de jeunes, appelé « voisins solidaires », dans un foyer d'accueil pour personnes en situation de handicap : les jeunes y assurent une veille passive de nuit, des échanges conviviaux avec les résidents et un lien avec le personnel des structures	25 730 €
Renforcement de l'association des parents et des enfants en situation de handicap à la co-construction des projets personnalisés	123 000 €
Campagne d'information préventive du sur-handicap s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles qui démontrent la pertinence de l'action précoce	150 000 €
Accompagnement des familles, en facilitant les diagnostics partout en France, et en se faisant mieux connaître auprès de deux catégories : les familles d'accueil et les familles biologiques. Accompagnement des adultes : organiser le soutien psychologique ou psychiatrique, le soutien à la recherche d'emploi et le soutien dans les problèmes avec la police et la justice.	62 295 €
Élaboration de recommandations aux professionnels de l'apprentissage de la conduite pour adapter leurs méthodes aux personnes dyspraxiques	75 000 €
Poursuite et enrichissement de la cohorte ELENA (Étude longitudinale chez l'enfant avec autisme) : cohorte prospective et multicentrique d'enfants de moins de 16 ans ayant un diagnostic de TSA. Les données recueillies sont cliniques, médicales, sociales et environnementales.	409 962 €
Évaluation et analyse des conditions propices à la mise en place de l'évaluation partagée des besoins par les services de la protection de l'enfance et les équipes pluridisciplinaires des MDPH	110 000 €
Production de films de valorisation de projets de recherche appliquée	130 000 €
Évaluation des soins reçus, des besoins perçus et de la satisfaction en matière de rééducation motrice par les personnes atteintes et leurs familles	50 000 €
Élaboration de contenus de formation pour les acteurs travaillant avec des personnes concernées par les troubles du neuro-développement	380 000 €
Bilan des connaissances sur le polyhandicap, en France et à l'étranger, à partir des travaux de recherches publiés dans les journaux scientifiques nationaux et internationaux et des travaux rapportés dans la littérature grise	96 700 €
Appréhension des attentes et besoins des familles, recensement et analyse des pratiques, identification des freins, mesure des impacts financiers et formulation des propositions opérationnelles	100 000 €
Réalisation d'un outil de sensibilisation sous forme de web-documentaire sur les maladies chroniques évolutives à destination des institutions, des employeurs et des salariés	25 000 €
Expérimentation des conditions de fonctionnement d'une plateforme intégrée d'inclusion citoyenne pour personnes souffrant de troubles psychiques. Les actions de la plateforme seront mises en œuvre en co-responsabilité et en subsidiarité avec les différents organismes engagés dans la prise en charge de ce public	200 000 €

Appel à projets actions innovantes 2017 – Missions d'études : Et nos voisins européens, comment font-ils ?		
Population et axe de l'appel à projets		Porteur du projet
Personnes handicapées - Axe 1 : Polyhandicap		Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Personnes handicapées - Axe 1 : Polyhandicap		Centre national ressources handicaps rares Robert-Laplane
Personnes handicapées - Axe 1 : Polyhandicap		Institut catholique de Lille
Personnes handicapées - Axe 2 : Logement et handicap psychique		Groupement de coopération sanitaire recherche et formation en santé mentale
Personnes handicapées - Axe 2 : Logement et handicap psychique		Familles solidaires
Personnes handicapées Axe 2 : Logement et handicap psychique		Soliha Provence
Personnes handicapées Axe 2 : Logement et handicap psychique		Centre hospitalier Esquirol
Personnes handicapées Axe 2 : Logement et handicap psychique		Association dijonnaise d'entraide des familles ouvrières (ADEFO)
Personnes âgées - Axe 4 : Qualité de vie des personnes âgées en établissement		CHU de Clermont-Ferrand
Personnes âgées/personnes handicapées - Axe 5 : Organisations territoriales pour le maintien à domicile		Département du Haut-Rhin
Personnes âgées - Axe 5 : Organisations territoriales pour le maintien à domicile		Département des Pyrénées-Atlantiques
Personnes âgées - Axe 5 : Organisations territoriales pour le maintien à domicile		Institut catholique Lille
Personnes âgées/personnes handicapées - Axe 5 : Organisations territoriales pour le maintien à domicile		Pôle Services à la personne PACA
Soutien à la recherche		
Population	Partenaire	Session
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – Institut de recherche en santé publique (IReSP)	Appel à projets de recherche « Handicap et perte d'autonomie » – session 8
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – Institut de recherche en santé publique (IReSP)	Appel à projets de recherche Autisme – session 3
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – Institut de recherche en santé publique (IReSP)	AAP thématique 2017 « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les services et établissements médico-sociaux »

Projet	Localisation des dispositifs étudiés	Budget
Prise en charge et organisation du parcours de santé des personnes polyhandicapées	Italie, pays scandinaves	16 530 €
Dispositifs d'accompagnement et de formation pour les professionnels et aidants « médiation accès au langage et à l'élaboration du sens »	Belgique, Grèce, Pologne, Suède	43 000 €
Outil et pratiques favorisant le développement des capacités motrices et de communication des adultes polyhandicapés	Belgique, Espagne, Suisse, Suède	32 115 €
Accès et maintien dans le logement des personnes handicapées psychiques	Italie, Royaume-Uni, Norvège	34 584 €
Habitat partagé et services	Allemagne, Pays-Bas, Suisse	35 000 €
Accueil et résolution de crises pour les personnes souffrant de troubles psychiques sans-abri ou près de l'être	Allemagne, Finlande	25 000 €
Dispositifs d'inclusion sociale par le logement avec pluridisciplinarité, décloisonnement et alliance thérapeutique	Belgique wallonne	25 000 €
Outils et pratiques d'accompagnement des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques pour les impliquer dans leur projet de logement	Belgique, Suisse	25 600 €
Médiation animale en Ehpad	Pays-Bas, Allemagne, Italie	32 760 €
Parcours de soins et de vie	Danemark, Pays basque espagnol	35 000 €
Maintien à domicile pour les personnes âgées en fin de vie	Espagne	27 100 €
Organisations territoriales incluant le respect de la liberté individuelle et une démarche inclusive pour les personnes âgées dépendantes	Belgique, Suisse	15 709 €
Coopérations et organisations internes favorisant le maintien à domicile des personnes très dépendantes	Belgique, Italie	29 300 €
Projets financés		Budget
Emmanuelle Fillion : La critique ordinaire des usagers en santé mentale : du processus d'émergence et de traitement des plaintes au sein des établissements à leurs effets sur l'institution Vincent Caradec : Syndrome de Down et maladie d'Alzheimer. Les trajectoires de maladie des personnes trisomiques malades d'Alzheimer Sophie Pennec : Fin de vie dans les départements d'outre-mer François Sicot : Analyses situées des tensions entre aides humaines et aides techniques Marie Gaille : Avoir une vie « normale » dans l'expérience de la maladie chronique, du handicap et du vieillissement : épreuve personnelle, enjeu social et clinique Thomas Barnay : Évaluation des politiques publiques et dynamiques professionnelles des personnes handicapées Livia Velpri : Enfants agités, parcours mouvementés, agitation, inattention et comportements perturbateurs chez l'enfant, un réseau de recherche entre l'Europe et l'Amérique latine		672 317 €
Marie-Maude Geoffray : Impact d'une intervention précoce intensive sur la scolarisation des enfants avec un trouble du spectre autistique à moyen terme – IDEA-Scolarisation Claudine Laurent-Levinson : Analyse des parcours de vie des personnes avec TSA suivies par le dispositif SCATED en Île-de-France depuis sa création Sandrine Touzet : Intervention pour un enfant avec un trouble du spectre autistique (TSA). Conduite par les parents, formés et accompagnés par visioconférence : facilitateurs et obstacles pour les parents – IFPAD-parents		313 693 €
Nicolas Henckes : Habiter avec un accompagnement. Une sociologie de l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves : problématisations des besoins, réponses institutionnelles et recours informels Sophie Bourgarel : Non-recours aux ESMS (après notification vers un établissement ou un service pour personnes handicapées) : profils et motivations Hugo Dupont : L'évolution des modalités d'accompagnement médico-social : de l'institution totale à l'accompagnement total Tamara Guenoun : Déficience intellectuelle et parentalité : offres alternatives d'accompagnement de l'adulte Bernard Pachoud : Étude évaluative de dispositifs d'emploi accompagné pour les personnes en situation de handicap psychique ou de handicap mental		408 634 €

Population	Partenaire	Session
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Agence nationale de la recherche (ANR)	Appel à projets de recherche 2017
Personnes handicapées	Fondation maladies rares	Appel à projets de recherche maladies rares / sciences humaines et sociales – session 5
Personnes âgées	Fondation Plan Alzheimer	AAP Recherche clinique
Personnes handicapées	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – Institut de recherche en santé publique (IReSP)	Programme de recherche sur le polyhandicap
Colloques		
Population	Porteur du projet	
Personnes handicapées	Genêts d'Or	
Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur les aides techniques pour personnes handicapées (IFRATH)	
Personnes âgées	Psychologie & Vieillessement	
Personnes handicapées	AUTISME France	
Personnes handicapées	Association DéfiScience	
Personnes handicapées	Collège français d'orthophonie	
Personnes handicapées	Association nationale pour la prévention des handicaps et pour l'information	
Personnes handicapées	Fédération des aveugles de France (FAF)	
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Société française de santé publique (SFSP)	
Personnes âgées	GREY Pride	
Personnes handicapées	Association information recherche (AIR)	
Personnes handicapées	Association normande d'études psychologiques (ANEP)	
Personnes âgées	Centre national de la recherche scientifique (CNRS)	
Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH)	
Personnes handicapées	Association française des interprètes et traducteurs en langue des signes	
Personnes handicapées	Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INS HEA)	
Personnes âgées	Association nationale des coordinateurs et coordinations locales (ANC.CLIC)	
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut fédératif de recherche sur les aides techniques pour personnes handicapées (IFRATH)	
Personnes handicapées	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)	
Personnes âgées	B4 EVENT	
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Association Journée nationale des aidants (JNA)	

Projets financés	Budget
Maria Melchior : ELIPSES – Psychopathologie parentale et développement des enfants Anthony Stavrianakis : VITALMORTEL – Milieux du soin, milieux du mourant : Analyse comparative des manières de vivre et de mourir avec une maladie neurodégénérative en France et Californie Pascale Piolino : TEMPORALITY – Interaction entre mémoire et temporalité : Étude transdisciplinaire chez les sujets jeunes et âgés sains et dans les maladies neurodégénératives Pascal Antoine : PACIC – Accompagnement des proches aidants, centré sur le bien-être, l'acceptation et l'engagement	367 500 €
Pierre Ancet : Étude sur les situations de vie avec un nævus géant congénital Stéphanie Mazza : Étude du parcours scolaire et professionnel des patients narcoleptiques Maria Popa-Roch : Maladie rare invisible et scolarité des enfants Virginie Postal : La communication dans le syndrome Prader-Willi : Étude du contrôle émotionnel lié aux troubles du comportement, de leurs répercussions au quotidien et examen de thérapies innovantes Lionel Dany : Conséquences psychosociales du lupus érythémateux systémique : une étude auprès des malades et de leurs conjoints Agnès Dumas : Plateformes de transition : comprendre les attentes des parents de jeunes porteurs de maladies rares. Sébastien Ruffie : Drépanocytose, troubles neurocognitifs et participation sociale	300 000 €
Bruno Dubois : Projet ACT-aid (<i>Randomised controlled trial pilot study of Acceptance and Commitment Therapy applied in a group setting for dementia caregivers</i>) Pascal Antoine : Projet PACIFIC « étude de faisabilité » (<i>Positive acceptance and commitment interventions for immediate caregivers</i>)	250 000 €
Mise en place d'un groupe de travail et réalisation d'une étude d'opportunité d'une infrastructure de recherche de type cohorte sur le polyhandicap	96 700 €

Projet	Titre de la manifestation	Budget
Colloque	« Handicaps et travail : regards croisés européens »	10 000 €
Conférence Handicap 2018 – 10 ^e édition	« Recherches pluridisciplinaires pour l'autonomie des personnes en situation de handicap »	5 000 €
Colloque	« Vieillir... libre ? »	10 000 €
Colloque	« Une société inclusive, c'est aussi pour les personnes autistes »	20 000 €
Colloque	Les États généraux de la déficience intellectuelle	20 000 €
Colloque	« Comment aider les proches aidants de personnes aphasiques »	9 000 €
Colloque	« Handicap & Médias »	5 000 €
Colloque	« Handicap visuel outre-mer »	12 000 €
Colloque	« Sciences et acteurs en santé : articuler sciences et pratiques »	5 000 €
Colloque	« Les personnes LGBT vieillissantes »	6 000 €
Colloque	« Quel accompagnement de la personne en situation de handicap aujourd'hui ? »	3 000 €
Séminaire interuniversitaire international sur la clinique du handicap (SIICLHA) - 12 ^e édition	« Le handicap et la mort »	5 000 €
Colloque	« État de la recherche sur le vieillissement en France »	10 000 €
Colloque	« Restauration du mouvement »	10 000 €
Colloque	« Quoi de neuf docteur ? »	15 000 €
Université d'été	« Quelle école pour une société inclusive ? »	3 000 €
Journée nationale	« CLIC en transition : évolutions, innovations »	3 000 €
Colloque	« Jeunes Chercheuses – Jeunes Chercheurs (JJC) »	3 000 €
Colloque	« Prévenir la transition vers la schizophrénie »	6 000 €
Congrès francophone	« Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) – Des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée »	4 000 €
Journée nationale	« Soutien à la mobilisation Journée nationale des aidants 2017 »	15 000 €

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

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

En 2018, elle dispose pour cela d'un budget de plus de **26 milliards d'euros**.

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