



Avril 2019

Pour une loi d'orientation
« Autonomie et Grand Âge »

Orientations du Conseil de la
CNSA 2019

ADOPTÉES À L'UNANIMITÉ EN SÉANCE DU
CONSEIL LE 18 AVRIL 2019

Sommaire

Préambule.....	7
Introduction	8
L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne au fondement de l'évolution de nos politiques pour l'autonomie	8
Cette ambition impose de développer une acception de la protection sociale élargie à des domaines et des champs qui aujourd'hui relèvent d'autres politiques	9
Pour un modèle de protection sociale personnaliste, solidaire, contingent et territorialisé	9
Le conseil de la CNSA, réunion des parties prenantes des politiques pour l'autonomie, apporte sa contribution à la réforme Autonomie – Grand Âge et appelle de ses vœux une loi d'orientation Autonomie – Grand Âge.....	10
1 La personne pleinement citoyenne, quel que soit l'endroit où elle vit, à chaque instant de sa vie, quel que soit son niveau de vie.....	12
1.1 Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap	13
1.2 Affirmer le principe du libre-choix, du bien-être et de la sécurité : CHEZ-SOI !.....	15
<i>Vivre chez soi !</i>	<i>15</i>
<i>Définir l'approche domiciliaire</i>	<i>18</i>
<i>L'approche domiciliaire : quatre composantes</i>	<i>19</i>
1.3 L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté des professionnels	21
<i>Le professionnel doit bénéficier dans son rôle des avancées permises par l'approche domiciliaire</i>	<i>21</i>
<i>Il importe notamment que l'évaluation de la réponse apportée à la personne qui avance en âge prenne en compte la situation des professionnels (facteurs personnels, environnement et interactions avec la personne bénéficiaire et ses proches, interactions des aidants entre eux).</i>	<i>21</i>
<i>Pour la pleine reconnaissance de la contribution des professionnels : la personne et le professionnel également citoyens.....</i>	<i>21</i>
<i>Pour une stratégie résolue de sauvetage du secteur de l'aide à domicile</i>	<i>23</i>
1. 4 Quelles réponses à l'avancée en âge ?	25
<i>Les pratiques de chacun des professionnels qui interviennent auprès de la personne doivent donc évoluer pour prendre en compte cette aspiration : chez-soi</i>	<i>25</i>

<i>La logique dominante est celle du domicile et non plus celle du métier ou du professionnel qui adapte sa réponse à la singularité de la personne, à ses choix dans une relation éclairée et équilibrée entre les enjeux que sont la liberté et la sécurité.</i>	<i>25</i>
<i>L'approche domiciliaire nécessite des évolutions juridiques pour soutenir l'expression de la citoyenneté des personnes qui avancent en âge</i>	<i>25</i>
<i>C'est pourquoi le conseil de la CNSA propose une approche intégrée des fonctionnalités de la réponse en soin, en aide et accompagnement, en logement, en présence sociale.....</i>	<i>26</i>
<i>Les actions de coordination et de prévention sont inscrites en cohérence et intégrées à chacune d'entre elles. Cette approche permet de concevoir, d'adapter et d'organiser des réponses domiciliaires quel que soit le lieu de vie de la personne.</i>	<i>26</i>
<i>Raisonnement en ces termes permet également de réinterroger l'objet des financements de chacune des composantes de la réponse et donc l'origine de ces financements.....</i>	<i>26</i>
<i>Appréhender les effets de noria que génère une approche plus large de la réponse permet de montrer de nouveaux équilibres et de faire des propositions afin d'identifier ce qui doit être financé par les solidarités ou non. Cela permet également de déterminer quel régime doit être applicable selon la fonctionnalité de la réponse pour qu'elle s'inscrive dans une logique domiciliaire.</i>	<i>26</i>
<i>Cela permet également de développer une approche analytique de chacune des composantes de la réponse, tenant compte de leur nécessaire mise en cohérence pour évaluer les besoins d'accompagnement à l'autonomie et de présence auprès de la personne.</i>	<i>26</i>
<i>Des méthodes et modes d'évaluation cohérents entre eux : par et pour la personne, quel que soit le lieu où elle vit</i>	<i>27</i>
<i>Organiser l'accès à l'information, au droit et aux réponses</i>	<i>29</i>
1. 5 Quel mode de financement, quels besoins de financement ?	32
<i>Les enjeux du financement de la protection sociale pour accompagner la transition démographique et l'avancée en âge</i>	<i>32</i>
<i>Les quatre grands agrégats correspondant aux quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge</i>	<i>33</i>
<i>Des propositions approfondies sur la nature et l'origine des financements</i>	<i>35</i>
2 Une méthode de transition.....	37
2.1 Piloter, soutenir et évaluer la transition.....	38
2.2 Estimer et financer les coûts de la transition.....	39
3 Gouvernance.....	40
3.1 Gouverner par l'association des parties prenantes, développer et coordonner les fonctions agencielles nationales, régionales, territoriales	41
<i>Les principes retenus par le conseil de la CNSA pour la gouvernance</i>	<i>41</i>
<i>Une méthode de transition commune pour chaque territoire.....</i>	<i>43</i>

<i>Les outils</i>	<i>44</i>
<i>Le modèle cible dans les territoires</i>	<i>44</i>
<i>Méthode de préfiguration et de déploiement.....</i>	<i>49</i>
3. 2 Organiser un accès simplifié et intégré de l'accès à l'information et à la réponse en s'appuyant sur tous les lieux d'accueil et en mobilisant à partir du chez-soi de la personne toutes les parties prenantes de l'hyper-proximité	53
<i>Mettre en place les conférences pour l'autonomie dans les territoires</i>	<i>54</i>
<i>Expérimenter des supports juridiques, outils permettant le partage ou la délégation des compétences et des financements</i>	<i>54</i>
La CNSA : une réponse innovante pour nos concitoyens fragilisés par l'âge ou le handicap.....	56

AVERTISSEMENT

Les membres du conseil de la CNSA ont réalisé ces travaux en veillant à la stricte prise en compte des principes qui fondent nos politiques pour l'autonomie. Le présent document réaffirme cet engagement à chaque étape de son plaidoyer pour l'évolution de notre système de protection sociale face à la transition démographique et à l'avancée en âge de nos concitoyens.

Nous avons ainsi collectivement fait le choix de prendre en considération la personne sans la définir par son âge (barrière d'âge de 60 ans), sa situation de handicap, son état de santé, sa situation sociale, le lieu où elle vit, ses aspirations, ses préférences, son mode de vie.

Dans une première étape, la contribution du conseil prend la forme d'une note d'orientation qui sera complétée par un scénario de financement et de transformation de nos réponses : la contribution approfondie sera soumise à l'approbation des membres du conseil le 18 avril 2019.

Elle sera également complétée d'une contribution du conseil sur la prestation de compensation du handicap (PCH) dans le cadre des chantiers de préparation de la Conférence nationale du handicap (CNH).

Nous avons par ailleurs porté une très grande attention (jamais suffisante) au champ lexical attaché à la description du modèle d'accompagnement de l'avancée en âge. Nous n'ignorons pas que ce souci de transformation de notre propre discours puisse provoquer des lourdeurs. Nous demandons au lecteur de bien vouloir nous en excuser. Nous sommes preneurs de ses suggestions et remarques, en lien avec les travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

Le Premier Ministre

Paris, le 17 SEP. 2018

Monsieur,

Le vieillissement de la population, avec l'arrivée prochaine aux grands âges de la génération du baby-boom, est un enjeu majeur en ce qu'il interroge la place des personnes âgées dans notre société ainsi que les dispositifs de solidarité et d'accompagnement à mettre en place. Le nombre de personnes dépendantes pourrait augmenter de 1,3 million en 2016 à 2,4 millions en 2060. Les dépenses afférentes à la dépendance pourraient passer de 1,4% en 2014 à 2,6% du PIB en 2060.

Vous bénéficierez des concours directs des administrations concernées, notamment la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ainsi que de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de la haute autorité de santé. Vous veillerez à associer étroitement à vos travaux le conseil de la caisse et sa présidente ainsi que le haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Je souhaite que vous puissiez me présenter d'ici la fin janvier 2019 les résultats d'une première phase approfondie de vos travaux, dans une approche concrète et concertée, permettant au Gouvernement de définir en 2019 les contours d'une réforme ambitieuse de la prise en charge de la dépendance.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Edouard PHILIPPE

*Vous ne replierez pas vos ailes pour franchir les portes
et n'aurez pas à courber la tête pour éviter de heurter les plafonds.
Vous ne retiendrez pas votre respiration de crainte que les murs ne se lézardent et ne s'écroulent.*

Khalil Gibran, *Le Pophète*, « Sur les maisons ».

Préambule

Le Premier ministre, par sa lettre de mission du 17 septembre 2018 souligne que, dans ses travaux, Dominique Libault « bénéficiera des concours directs (...) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (...) » et précise : « Vous veillerez à associer étroitement à vos travaux le conseil de la Caisse et sa présidente (...). »

La CNSA, conseil et établissement public, s'est bien évidemment mobilisée pour apporter un concours important à la mission Libault, par sa représentation et sa contribution aux ateliers thématiques et par la participation de la présidente et du vice-président de son conseil, Marie-Anne Montchamp et Sylvain Denis, au conseil d'orientation.

S'inscrivant pleinement dans la réforme voulue par le président de la République, le conseil de la CNSA a adopté à l'unanimité de ses membres, le 4 décembre 2018, les orientations de sa contribution à la réforme Autonomie – Grand Âge.

Cette contribution permet au conseil de la CNSA d'affirmer une nouvelle fois l'importance des politiques de l'autonomie pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans notre système de protection sociale.

C'est sur un socle de principes communs que la contribution du conseil de la CNSA, réunion des parties prenantes des politiques de l'autonomie, est structurée conformément au vote du 4 décembre 2018.

Le conseil de la CNSA, organisé en commissions spéciales, a produit des contributions qui déclinent ces principes en orientations pour la réforme Autonomie – Grand Âge.

Ces orientations assemblées prennent la forme d'une proposition d'ensemble : des principes, des orientations, des propositions et un scénario de financement et de gouvernance, les modalités de transformation de notre système actuel de protection sociale afin qu'il s'adapte aux enjeux de la transition démographique que vit notre pays comme la vivent nos voisins européens.

Introduction

Le législateur ayant confié à la CNSA le pilotage des politiques de l'autonomie, les parties prenantes réunies au sein de son conseil ont fait le choix de retenir un principe commun : **l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne**. À l'origine promu par les associations de personnes handicapées, ce principe est fondateur de nos politiques pour l'autonomie.

- Ainsi, **quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé**, chaque personne doit, quel que soit le lieu où elle vit, quel que soit son niveau de vie :
 - > avoir la capacité d'exprimer sa citoyenneté ;
 - > bénéficier de droits officiellement partagés et reconnus ;
 - > exprimer ses choix à chaque instant de sa vie ;
 - > se voir reconnue dans sa participation à la vie sociale ;
 - > être écoutée et participer à la décision pour tout ce qui la concerne.

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne au fondement de l'évolution de nos politiques pour l'autonomie

Ce principe décadre les enjeux et suggère une transformation profonde des réponses apportées par le système de protection sociale.

Il se traduit par l'émergence **d'une affirmation structurante : le droit à vivre chez soi quel que soit l'âge, la situation de santé ou de handicap, quel que soit le mode de vie, le lieu de vie, le niveau de vie. Le chez-soi détermine la capacité de la personne à vivre au cœur de la société**. Le droit à vivre chez soi reconnaît la situation de la personne telle qu'elle est, là où elle vit ; il est indissociable de l'expression de la citoyenneté.

Le droit de vivre *chez soi* s'inscrit dans un ensemble d'interactions qui répondent aux attentes et aux aspirations de chaque personne : **le soin, l'aide et l'accompagnement, le logement et la présence sociale**. Les différents aspects que recouvrent ces fonctions doivent être intégrés et cohérents entre eux.

Notre système de protection sociale, confronté à la transition démographique, se voit donc assigner deux ambitions : assurer à toute personne, quelle que soit sa situation liée aux conséquences de son avancée en âge, à sa situation de handicap ou à son état de santé, de pouvoir exercer pleinement ses droits, ses devoirs et ses libertés de citoyenne (Constitution et traité de l'Union européenne), mais également lui garantir **la reconnaissance de sa place et de son rôle dans la Cité, au contact d'autres personnes, d'autres générations, dans le respect de sa singularité et donc de ses différences**.

Notre modèle se doit d'évoluer et de se transformer afin de mieux répondre aux enjeux contemporains de l'avancée en âge et aux besoins d'accompagnement de nos concitoyens (liés à l'âge, aux situations de handicap ou aux maladies chroniques) en prenant en compte leurs aspirations, leurs attentes, leurs points de vue, leurs projets.

Cette ambition impose de développer une acception de la protection sociale élargie à des domaines et des champs qui aujourd'hui relèvent d'autres politiques

Les politiques **pour** l'autonomie appellent un élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale et une **transversalité des réponses**.

Ainsi, l'évolution de nos réponses aux personnes qui avancent en âge doit prendre appui sur les politiques du logement et de l'aménagement des territoires sans lesquelles l'expression de leur citoyenneté ne peut que rester durablement entravée.

Parallèlement, nos politiques de cohésion et de développement des territoires ne peuvent ignorer qu'elles doivent bénéficier à tous nos concitoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Notre société doit **repenser ses modes de représentations de nos concitoyens qui avancent en âge : de trop nombreux stéréotypes influent sur la conception et l'organisation des réponses que nous leur apportons. Ces réponses doivent désormais intégrer et respecter les choix des citoyens et la spécificité de leur situation propre.**

Pour un modèle de protection sociale personnaliste, solidaire, contingent et territorialisé

Le principe d'égalité entre tous sur tous les territoires quel que soit l'âge, la situation de handicap ou de santé, constitue l'un des fondements de notre République une et indivisible.

Nous savons bien que ce principe se heurte à la fragilité de nombreux territoires urbains, périphériques et ruraux, ce qui conduit nos concitoyens à exprimer un sentiment de relégation et de rupture de l'égalité républicaine.

De nouvelles exigences dans l'expression de la citoyenneté se font jour : elles demandent que ce principe d'égalité entre tous, sur tous les territoires, soit pris en compte en premier lieu pour leur santé, leur avancée en âge et pour leur vie en situation de handicap.

Pour toutes ces raisons, le conseil de la CNSA affirme que notre modèle cible de protection sociale, pour accompagner la transition démographique doit être piloté dans le cadre des politiques publiques :

- > **par et pour la personne**, quels que soient son âge, sa situation de handicap, de santé, quel que soit le lieu où elle vit, seule légitime à exprimer ses attentes et à évaluer les solutions qu'on lui propose ;
- > **par et pour les parties prenantes des politiques de l'autonomie** dans l'acception la plus large ;
- > **par et pour les territoires où vivent nos concitoyens, au plus près d'eux.**

Le principe de co-construction de réponses pour l'autonomie, avec les parties prenantes, inscrit dans l'ADN de la CNSA par les textes qui la fondent, lui a d'ores et déjà permis de préfigurer et de mettre en œuvre de nombreux projets associant les parties prenantes dans les territoires. Les **conférences des financeurs** sont pour le conseil de la CNSA **particulièrement inspirantes pour envisager le développement de fonctions agiellles en protection sociale : elles sont en effet préfiguratrices d'un modèle de pilotage local, fondé sur une logique de partenariat, des réponses de protection sociale.**

Le conseil de la CNSA, réunion des parties prenantes des politiques pour l'autonomie, apporte sa contribution à la réforme Autonomie – Grand Âge et appelle de ses vœux une loi d'orientation Autonomie – Grand Âge

La contribution du conseil de la CNSA se présente sous la forme d'un scénario intégrant la transition à court, moyen et long terme de notre système de protection sociale pour l'autonomie.

Elle est fondée sur une ambition commune aux politiques pour l'autonomie : **garantir la pleine et entière citoyenneté de la personne quel que soit le lieu où elle vit, à chaque instant de sa vie, quel que soit son niveau de vie.**

Ce scénario pour l'autonomie et le grand âge recommande des **mesures immédiates, des investissements de transition à court terme et la mise en œuvre d'une méthode d'orientation territorialisée pour la transformation de nos réponses sociétales et de protection sociale.**

Il préconise qu'une méthode ascendante de construction des réponses en protection sociale soit préfigurée, adaptée et déployée progressivement par et pour les parties prenantes, au premier rang desquelles les personnes elles-mêmes.

Cette méthode ne doit en aucun cas être considérée comme un nouveau cadre normatif : elle doit être partagée, ascendante, ouverte et flexible, adaptée aux diversités locales. Elle s'appuie sur la reconnaissance, le renforcement du rôle et du soutien des parties prenantes de l'hyper proximité que sont les communes, les agglomérations. Elle prend en considération les compétences de chacune des parties prenantes des territoires, reconnaît et intègre la place, les actions et les capacités de financement de chacune d'entre elles.

Elle s'inscrit dans une logique de **développement durable**, c'est-à-dire dans une conception de la croissance économique qui s'inscrit sur le long terme et qui intègre les contraintes liées à l'environnement et au fonctionnement de la société. Ce processus de transformation doit permettre de trouver un équilibre cohérent et viable à long terme entre les enjeux économiques, sociaux et écologiques à prendre en compte par et pour les citoyens, les collectivités, les entreprises. Il intègre un enjeu transversal, indispensable à la définition et à la mise en œuvre de politiques et d'actions relatives au développement durable : une gouvernance par l'association des parties prenantes. Elle doit permettre la mise en cohérence avec l'avenir et les besoins actuels, l'exploitation des ressources naturelles, le choix des investissements, l'orientation des changements techniques et institutionnels¹.

¹ Selon le *Mémento de critères de développement durable dans les actions de coopération et de solidarité internationale*, Adéquations, http://www.adequations.org/IMG/article_PDF/article_a35.pdf.

Enfin, le conseil de la CNSA est attaché à ce **que tous nos concitoyens se voient apporter des réponses à leurs aspirations, selon leur choix de vie, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.**

Pour ces raisons, le conseil se prononce en faveur de la suppression du critère d'âge dans les politiques de l'autonomie, par le choix de la convergence de nos politiques de l'âge et du handicap. La situation de handicap est alors prise en compte sans lien avec l'âge de la personne. La CNSA reconnaît la nécessité de garantir un droit à la compensation de la situation de handicap qui intègre et couvre tous les besoins d'aides à l'autonomie pour tous et participe pleinement à l'évolution de ce droit.

1 La personne pleinement citoyenne, quel que soit l'endroit où elle vit, à chaque instant de sa vie, quel que soit son niveau de vie

1.1 Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quels que soient leur âge ou leur situation de handicap

L'âge et la situation de handicap ne sont pas le point d'entrée d'une politique pour l'autonomie. **La convergence** des politiques de l'âge et du handicap² en est un principe structurant.

En faisant le choix de s'attacher exclusivement à la situation de la personne et à son projet de vie ou de fin de vie, on affirme la nécessité de lui apporter des réponses personnalisées, là où elle vit, en prenant en compte ses choix, ses aspirations et l'expression pleine et entière de sa citoyenneté. Une jeune personne handicapée physique en recherche d'insertion professionnelle et une personne âgée atteinte de troubles cognitifs n'attendent à l'évidence pas les mêmes réponses de notre système de protection sociale et de la société tout entière. Pourtant, toutes deux sont également citoyennes et doivent pouvoir avoir l'assurance de la reconnaissance de la singularité de leur situation, de l'importance de leur rôle social et de la centralité de leurs aspirations dans la construction des réponses en santé, sociales et sociétales qui leur sont nécessaires.

Les modes de construction, d'adaptation et d'évaluation doivent donc permettre de fournir des réponses personnalisées à chaque citoyen qui recourt au système de protection sociale selon **une approche qui ignore l'âge en tant que tel, pour ne se nourrir que de l'expression de ses aspirations et de ses besoins pour mener sa vie selon ses choix.**

Les besoins d'aides et d'accompagnement pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne concernent tous les âges de la vie, depuis la naissance et l'enfance jusqu'au grand âge.

L'âge de 60 ans est qualifié de *barrière* parce que, dans notre système de protection sociale, avant cet âge, les mesures d'accompagnement à l'autonomie relèvent de la prestation de compensation du handicap (PCH). Après 60 ans, la survenue d'un handicap est considérée comme une situation liée à l'âge de la personne. Son accompagnement pour l'autonomie relève de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les deux dispositifs sont hétérogènes et n'ouvrent pas les mêmes droits en matière d'attribution des prestations, de montants. Ils n'engagent pas au même niveau la participation financière des bénéficiaires.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2016 sur la PCH propose, dans sa recommandation n° 11 de modifier l'article L. 245-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour supprimer la barrière d'âge des 75 ans. Dans sa recommandation n° 12, il propose de repousser la barrière d'âge pour l'accès à la PCH de 60 à 65 ans, de mettre en place un suivi de la fin de la mise en œuvre de la mesure et ensuite, en fonction des coûts observés, de se prononcer sur un âge limite fixé à 70 ou 75 ans.

² Rapport prospectif du Conseil de la CNSA 2007 : *Construire un nouveau champ de la protection sociale.*

Contribution du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- > Le conseil demande la suppression des limites et barrières liées à l'âge pour l'allocation des prestations de compensation.
- > La suppression de la barrière d'âge des 60 ans constitue un investissement à moyen terme qu'il conviendra de préfigurer et d'évaluer.
- > Une première mesure consistant à déplacer la barrière d'âge de 60 à 75 ans pourrait être prise immédiatement pour évaluer les coûts de suppression totale de la barrière d'âge de 60 ans. Cette mesure est évaluée par l'IGAS à 504 millions d'euros par an.
- > Le conseil demande la suppression dès à présent la barrière d'âge des 75 ans pour l'octroi de la PCH.
- > Le conseil souligne la nécessité d'un rééquilibrage des coûts sur les différentes fonctionnalités de la réponse : notamment sur la fonction présentielle, sur l'appareillage ou encore pour l'aménagement du logement.
- > Ce rééquilibrage des coûts devra tenir compte de la nécessaire consolidation de la prestation/fonction d'aide et d'accompagnement pour l'autonomie afin qu'elle puisse couvrir tous les besoins essentiels.

1.2 Affirmer le principe du libre choix, du bien-être et de la sécurité : CHEZ-SOI !

Vivre chez soi !

Le chez-soi, lieu de bien-être

Le chez-soi, lieu où chacun vit, est un lieu de bien-être, de liberté, de sécurité, d'intimité, de construction de la confiance en soi et en l'avenir. C'est un **lieu dans lequel la personne, entourée de ses proches, est en capacité d'exprimer ses choix et ses aspirations.**

Chez elle, la personne se sent bien. Elle se sent elle-même. Au-delà du lieu où elle vit, le chez-soi se déploie jusqu'aux espaces publics.

Qu'elle soit propriétaire, locataire, résidente, cliente, la personne affirme sa citoyenneté en s'appropriant l'espace et les objets qui le meublent. Elle y conserve la capacité à interagir avec sa famille, avec des tiers qu'elle y invite, à chaque instant de sa vie. Elle choisit son lieu et son mode de vie et ne peut donc en aucun cas être contrainte à entrer dans un établissement quel qu'il soit. Aucune personne ne peut, pour quelque motif que ce soit, être attachée ou enfermée : sa liberté d'aller et venir doit être préservée et l'organisation de sa sécurité doit prendre en compte cette dimension inaliénable de sa citoyenneté.

Elle seule, avec ses proches, sait selon quelles règles d'accès, d'usage, les tiers – relations, professionnels, aidants – doivent interagir avec elle, en fonction des temps de sa vie, de ses choix et de ce qui fait son identité, inaliénable. Le *chez-soi* est donc **un lieu où s'expriment des valeurs régissant les interactions qui se tissent à l'échelle du logement, du quartier, de la ville, du territoire, du bassin de vie, de l'intercommunalité, de la métropole, du département, de la région, de notre pays.**

Ces multiples interactions doivent être appréhendées, soutenues, encadrées et évaluées en fonction des aspirations de la personne. Elles nécessitent d'être anticipées afin de prévenir les complexités, les ruptures, les risques d'incompatibilité avec la situation et les choix de la personne et de ses proches.

L'approche domiciliaire

Les caractéristiques du chez-soi peuvent se traduire par un ensemble d'enjeux, qui définissent l'approche domiciliaire de la réponse à la personne qui avance en âge. Cette approche nécessite d'appréhender les différentes dimensions du « vivre chez soi » dans le respect de la liberté de choix, de la sécurité, de l'intimité, de la dignité, de la culture et des valeurs de la personne **L'approche domiciliaire doit s'imposer quel que soit le lieu où la personne élit domicile.** À chaque étape de sa vie, quels que soient ses besoins d'accompagnement, de soin, quels que soient ses aspirations et ses choix.

Par son savoir expérientiel, la personne contribue à la réponse qui lui convient afin d'améliorer, de stabiliser et d'harmoniser sa situation personnelle

Dans le système actuel, à domicile comme en établissement, les interventions autour de la personne sont encore trop souvent régies par des logiques « métier » qui diffèrent selon qu'il s'agit de soin, d'aide et d'accompagnement, mais également d'interventions liées à la maintenance et à l'entretien du logement : les interventions réalisées « auprès de la personne » et celles réalisées sur son environnement. Par ailleurs, un grand nombre d'intervenants, aidants professionnels, familiaux, ou d'autres proches aidants s'imposent à la personne dans des conditions qu'elle ne maîtrise pas.

Les pratiques de chacun de ces intervenants doivent évoluer afin de garantir la mise en œuvre effective de l'approche domiciliaire. **La logique dominante ne peut plus être, dans ce cas, celle de l'intervention mais celle du domicile** : le libre choix, la liberté de la personne, sa sécurité, son intimité, mais au-delà ses aspirations en lien avec sa famille ou ses proches y sont pleinement prises en compte. Lorsque l'état de santé, les besoins d'accompagnement pour l'autonomie de la personne évoluent, certaines modalités d'intervention, quel que soit le lieu où vit la personne, ne lui permettent pas d'organiser son quotidien comme elle en a l'habitude ou comme elle le souhaite. Les normes, la prévention des risques, la mise en place de dispositifs médicaux ou de sécurité bouleversent le cadre de vie habituel, nécessitant des aménagements parfois conséquents. Ces transformations du cadre de vie de la personne peuvent la conduire à rechercher un logement plus adapté à sa situation. Logement de transition, habitat partagé, résidence service, accueil familial, résidence autonomie, EHPAD sont les différentes alternatives au domicile d'origine.

Si les logements de transition, habitat partagé, petites unités de vie (PUV), résidences services ou autonomie sont proches dans leur conception d'un « domicile ordinaire », l'EHPAD, dans sa conception architecturale et dans son infrastructure actuelles les plus répandues, décroche fortement du modèle domiciliaire : construit à partir des logiques fonctionnelles des métiers qui s'y exercent, pensé pour traiter les enjeux sanitaires, sécuritaires et pour faciliter le respect des nombreuses normes qui régissent son fonctionnement, il s'impose à ses « résidents », provoquant une rupture difficile avec la vie à domicile.

Si le modèle EHPAD dans sa conception normative et sécuritaire apparaît de plus en plus inadapté, l'organisation des interventions d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile, les logements de transition, habitat partagé, résidences services ou autonomie devront eux aussi poursuivre leur transformation afin de respecter le libre choix, la sécurité, l'intimité de la personne. Ils devront également s'orienter, au-delà de l'accompagnement dans le domicile, à une ouverture vers l'extérieure et vers la Cité. Quel que soit son lieu de vie, la personne doit pouvoir définir elle-même les règles d'accès, d'usage à son espace, en fonction de ses temps de vie, de ses choix et de ce qui fait son identité.

Le modèle EHPAD restreint particulièrement la possibilité pour la personne d'habiter ce lieu comme un chez-soi

Elle y est « un résident » aux choix restreints. Elle doit s'adapter aux usages d'un lieu offrant des services mutualisés et renoncer à ce qui caractérisait son quotidien d'avant son entrée en établissement. Ce renoncement – renoncement à ses préférences, à ses habitudes, à son animal de compagnie... – est vécu par la personne et par sa famille comme une rupture souvent cruelle. On mesure combien, malgré quelques possibilités de personnalisation de la chambre du « résident », les usages, les règles et les normes transforment profondément son mode de vie et sa capacité d'expression de sa pleine et entière citoyenneté. Bien que la sécurité constitue l'une des composantes de l'approche domiciliaire, elle doit tenir un rôle secondaire. Le modèle de l'EHPAD doit se transformer pour réintégrer la dimension du chez-soi par la mise en œuvre de la **logique domiciliaire** que nous avons définie plus haut. Il s'agit notamment de permettre à chaque personne accueillie en établissement **d'habiter son logement** : « être maître chez soi », c'est-à-dire définir par soi-même les règles d'usage et de civilité qui s'imposent à ce lieu privé, depuis l'accès jusqu'à l'organisation de la vie quotidienne selon ses choix, ses préférences, ses aspirations.

Afin de permettre la mise en œuvre de la logique domiciliaire, **les investissements** nécessaires devront être prévus afin que les infrastructures évoluent et rendent cette évolution possible.

Mais au-delà, ce sont les modalités d'évaluation et de contrôle de la qualité de vie qui doivent également se transformer : passer d'une logique d'**évaluation de la qualité du soin** ou de la sécurité à une logique d'**évaluation de la satisfaction** et de la qualité du service qui lui est rendu, **par la personne** elle-même, dans toutes les dimensions de son acception au « vivre *chez soi* » et au bien-être.

Au-delà du soin et de l'accompagnement dans les étapes du quotidien, il s'agit de prendre en compte de nouvelles dimensions de la réponse aux personnes qui avancent en âge : la présence, attentive, bienveillante, porteuse de sens, est une dimension essentielle pour garantir sa pleine et entière citoyenneté

Ce que, par convention, le conseil de la CNSA nomme la *fonction présentielle* de la réponse est la garantie du maintien d'un lien social. Ce lien, les professionnels en témoignent au quotidien, se crée à l'occasion des actes de soin, d'accompagnement, là où vit la personne mais il importe qu'il soit pensé et mis en œuvre pour lui-même et pas seulement au détour d'une intervention. Les actions favorisant le lien social, qui constituent dans leur ensemble la fonction présentielle, sont aujourd'hui définies dans notre système de protection sociale comme relevant le plus souvent d'**aides extralégales**. Il s'agit de la présence et des aides humaines, techniques (mobilité, communication, etc.). Elles permettent les relations sociales, affectives, culturelles et de loisir, le bien-être, la spiritualité, l'aménagement du cadre de vie, des aides aux transports... L'enjeu est aujourd'hui de reconnaître et d'organiser la fonction présentielle en rendant possibles les actions des parties prenantes autour de la personne.

Les aidants familiaux, les proches aidants : parties prenantes de la fonction présentielle, avec les professionnels du soin, de l'accompagnement et de la maintenance du logement

Ainsi, l'intervention d'un professionnel de la maintenance du logement, à domicile comme en établissement participe de la fonction présentielle dès lors qu'elle respecte les règles de l'approche domiciliaire et que le professionnel appréhende sa mission dans un sens élargi à cet enjeu.

On sait bien que la fonction présentielle *affective* qui caractérise le rôle des proches ou de la famille aux côtés de la personne qui avance en âge se heurte à de très nombreux empêchements et freins : distance, activité professionnelle, situation de famille, problème de santé, sont autant de cause de restriction de la présence affective. Mais on sait aussi que la charge matérielle et mentale des fonctions de soin, d'accompagnement et les contraintes logistiques entraînent souvent pour les aidants familiaux de profonds et douloureux conflits d'enjeux.

Parallèlement, les professionnels se trouvent également en situation d'arbitrage permanent entre le temps consacré à leur intervention *métier* et les besoins présentiels de la personne. Que ce soit à domicile ou en établissement, cette tension participe des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Elle affecte également le modèle économique de l'accompagnement par les SAAD et l'image de nombreux établissements.

Le modèle expérimenté par le groupe La Poste et le département des Landes est particulièrement inspirant en la matière (cf. partie 3 : Gouvernance).

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté et l'approche domiciliaire nécessitent des évolutions juridiques

Le rapport de la mission confiée à Anne Caron Déglise ***L'évolution de la protection juridique des personnes : reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables*** apporte en ce sens de très nombreuses propositions.

« Le droit civil à lui seul éprouve des difficultés à tenir compte des autres dimensions du droit et en particulier celle du droit de la protection sociale. Or, la personne n'est pas une entité abstraite. **Certes, ses actes sont divisibles mais son unité profonde se retrouve sur la volonté qui l'anime et qui la guide**, tant qu'elle le peut, dans un cadre juridique qui fixe des limites, en particulier dans la sphère personnelle. **Elle se retrouve aussi sur la liberté et les droits fondamentaux et sur les conditions concrètes de l'exercice de sa capacité à exprimer la volonté.** (...) »

Notre Code civil, qui contient et organise les règles de la vie sociale des personnes, est un droit de la capacité des personnes, du contrat et de la responsabilité, à partir duquel d'autres droits se construisent et sont déclinés dans des codes spécifiques, notamment dans les Codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles. **Il n'est pas un droit de l'exclusion** même lorsqu'il décline des restrictions de capacité dans des conditions précises. La philosophie de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 est de **protéger la personne « sans la diminuer »**, c'est-à-dire sans porter atteinte à ses libertés individuelles, ses droits fondamentaux et sa dignité. C'est dans ce sens que des droits strictement personnels ont été consacrés et définis au travers des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel, impliquant que leur accomplissement ne peut jamais donner lieu à assistance ou à représentation de la personne protégée. **Cette capacité minimale est irréductible mais il faut sans doute aller plus loin encore**³. »

Il n'est donc plus possible aujourd'hui de penser la capacité juridique des personnes sans envisager l'environnement dans lequel elles évoluent, leurs possibilités d'expression de leur volonté, leur capacité à accéder à l'information et à la connaissance, et à l'exercice de leurs droits.

Définir l'approche domiciliaire

La grande consultation portée par la ministre des Solidarités et de la Santé démontre la très forte aspiration de nos concitoyens à vivre chez eux⁴.

Satisfaire cette attente majeure emporte une profonde transformation de nos réponses collectives à l'avancée en âge.

📌 Les six dimensions de l'approche domiciliaire : vivre *chez-soi*⁵

- **Les dimensions psychologiques et psychosociales** (exemples : confort, intimité, rôles sociaux, rôles familiaux, sécurité, contrôle, statut économique du quartier).
- **Les dimensions sociales** (exemples : proximité des frères et sœurs, des enfants, des parents...).
- **Les dimensions matérielles** : caractéristiques du quartier, du domicile, ergonomie et fonctionnalité (exemples : accessibilité universelle, espaces verts, types de bâtiment, adaptation du logis).
- **Les dimensions spatio-temporelles** : mobilité quotidienne, géographique, biographie (attachement, durée de résidence...).

³ Anne Caron Déglise, rapport de la mission Interministérielle, p. 8 (http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf).

⁴ <https://grande-consultation-aines.make.org>.

⁵ D'après Pascal Dreyer (dir.), Bernard Ennuyer (dir.), *Le Chez-Soi à l'épreuve des pratiques professionnelles : acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile*, Chronique sociale, 2017.

- **Les dimensions économiques** (exemples : coût pour se reloger, coût du domicile, monétarisation du capital...).
- **La dimension sanitaire** (exemples : état général de santé ; handicaps physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif ; conséquences des chutes ; dénutrition...).

L'approche domiciliaire : quatre composantes

Les réponses pour l'accompagnement de l'avancée en âge sont complexes, intriquées les unes aux autres selon les différentes dimensions de l'approche domiciliaire. Elles se structurent en quatre grands enjeux identifiés par le conseil de la CNSA : le soin, l'aide et l'accompagnement, le logement, et la présence sociale que par convention le conseil appelle *fonction présentielle*.

Ces quatre composantes de la réponse évoluent en lien avec les aspirations de la personne, ses choix et les transformations contingentes des dimensions de l'approche domiciliaire.

La réponse à la personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, selon l'approche domiciliaire

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne qui avance en âge nécessite que **désormais nos modes d'organisation, de conception, d'adaptation et d'évaluation des réponses intègrent et anticipent toutes les dimensions de l'approche domiciliaire. Elles doivent pour cela prendre en compte le choix de la personne selon son acception personnelle du « vivre chez soi »** quels que soient son âge, sa situation de handicap, de santé, et quels que soient son environnement et le lieu où elle vit. Elle doit pouvoir se déterminer à partir des options qu'on lui propose.

Il s'agit de :

- > faciliter l'accès géographique, physique, communicationnel et financier aux biens et aux services à chaque personne quels que soient son âge, sa situation de santé ou de handicap ;
- > adapter l'environnement de la personne ;
- > garantir une réponse domiciliaire dans l'ensemble des lieux où vit la personne ;
- > préserver ses capacités à vivre en maintenant des interactions sociales selon ses choix.

En conséquence

- > L'approche domiciliaire prend en compte tous les choix de la personne dans son acception personnelle du « vivre chez soi » : dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, sanitaires.
- > Chacune des parties prenantes se doit de faire sienne l'approche domiciliaire dans la mise en œuvre des fonctionnalités de la réponse : soin, aide et accompagnement, logement et fonction présentielle.
- > La fonction présentielle et les composantes préSENTIELLES de la réponse doivent être reconnues, organisées et intégrées à l'économie générale de la réponse.
- > L'approche domiciliaire, quel que soit le lieu où vit la personne devra s'imposer à toutes les parties prenantes de la réponse à l'avancée en âge : elle sera prise en compte dans l'évolution de leur modèle organisationnel, économique, stratégique quel que soit le niveau de leur contribution à la réponse : national, territorial, local, public et privé.
- > Les modes et méthodes d'évaluation des aspirations et des besoins de la personne qui avance en âge doivent évoluer afin de tenir compte de ses choix, selon son acception personnelle du « vivre chez soi » quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé et quel que soit son environnement, les réalités, forces et contraintes du territoire et du lieu où elle vit.
- > La personne doit avoir le pouvoir de choisir entre plusieurs options celle qui correspond à ses aspirations personnelles en disposant d'une information claire et exhaustive, que les réponses qui lui sont proposées entrent dans le champ et le financement par la protection sociale ou qu'elles relèvent d'autres mécanismes.
- > Afin d'impliquer les établissements dans l'approche domiciliaire, les modes de contractualisation et d'allocation des ressources aux personnes d'une part et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux d'autre part doivent évoluer pour prendre en compte les choix de la personne et son acception personnelle du « vivre chez soi » ;
- > Le modèle actuel des EHPAD doit se transformer pour permettre la mise en œuvre de l'approche domiciliaire. Les normes applicables aux établissements doivent évoluer afin de permettre la transformation des réponses à l'avancée en âge et de favoriser la mise en œuvre des quatre fonctionnalités : soin, aide et accompagnement, logement et fonction présentielle selon une approche domiciliaire, respectueuse des libertés, des choix et de la singularité de la personne, quels que soit sa situation personnelle et le lieu où elle vit.
- > Si le modèle EHPAD dans sa conception normative et sécuritaire apparaît de plus en plus inadapté, l'organisation des interventions d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile, les logements de transition, habitat partagé, résidences services ou autonomie devront eux aussi poursuivre leur transformation afin de respecter le libre choix, la sécurité, l'intimité de la personne.
- > L'évolution de ce modèle doit prendre en compte, par l'approche domiciliaire, les attentes des personnes handicapées vieillissantes, afin d'améliorer nos capacités de réponse et de ménager des choix pour l'accompagnement de leur avancée en âge.

1.3 L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté des professionnels

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté des professionnels participe des ambitions d'une politique pour l'autonomie.

Notre modèle de protection sociale conduit trop souvent à fragiliser la situation de ceux qui soignent, aident et accompagnent, hébergent ou concourent à l'hébergement, équipent et apportent une présence à la personne qui avance en âge. **Les tensions qui se font jour dans leurs missions et leur engagement doivent nous conduire à transformer en profondeur nos réponses en affirmant une même ambition pour eux-mêmes et pour les personnes qui avancent en âge, quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé.**

Leur pleine et entière citoyenneté doit être également garantie. Elle engage toutes les dimensions de leurs missions professionnelles. Elle engage le modèle organisationnel, économique, stratégique et social de la réponse en protection sociale et de l'aide à la personne qui avance en âge.

Le professionnel doit bénéficier dans son rôle des avancées permises par l'approche domiciliaire

Il importe notamment que l'évaluation de la réponse apportée à la personne qui avance en âge prenne en compte la situation des professionnels (facteurs personnels, environnement et interactions avec la personne bénéficiaire et ses proches, interactions des aidants entre eux).

Les aspirations et les besoins des professionnels doivent eux aussi participer de la construction de la réponse afin qu'elle soit soutenable et respectueuse de leur situation : les six dimensions de l'approche domiciliaire, dimension psychologique et psychosociale, sociale, matérielle, spatio-temporelle, économique, sanitaire. (Cf. *supra*).

Compte tenu de la multitude des décideurs, financeurs, intervenants concernés et de la transversalité des réponses à apporter, il s'agira de donner les moyens à toutes les parties prenantes d'intégrer cette dimension.

Pour la pleine reconnaissance de la contribution des professionnels : la personne et le professionnel également citoyens

La personne elle-même et ses proches, les professionnels soignants, les professionnels paramédicaux, médico-sociaux, sociaux, les professionnels de l'aide à domicile, les familles d'accueil, les aidants bénévoles et aidants familiaux **agissent en lien et en soutien les uns des autres.**

Reconnaître leur position de partie prenante est central

Faciliter leurs relations, reconnaître leur contribution, valoriser leur apport et l'importance de leur responsabilité et de leur engagement, soutenir le modèle économique des réponses qu'ils apportent avec et pour la personne qui avance en âge et les rémunérer équitablement est essentiel.

Garantir les conditions d'exercice permettant de préserver leur santé, leur équilibre de vie, leur projet personnel ou professionnel, leur niveau de vie, la cohérence et la soutenabilité de leur apport est indispensable. Au-delà de la seule réponse aux enjeux de santé et d'attractivité, il s'agit là de développer une véritable culture du bien-être au travail associée à la valorisation du rôle de partie prenante des professionnels au sein de l'enjeu domiciliaire de la politique de l'autonomie.

Les aménageurs, bailleurs, offreurs de services technologiques et domotiques relèvent de cette même exigence.

L'évolution des métiers : un axe déterminant de cette ambition de reconnaissance des professionnels et de transformation de nos réponses à l'avancée en âge

Les défis de l'avancée en âge nous imposent d'aborder collectivement de façon volontariste les besoins de recrutement qui aujourd'hui déjà ne sont pas satisfaits sur l'ensemble des territoires.

Une gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des effectifs pour chaque fonction de la réponse (soin, accompagnement, logement et fonction présenteielle) doit être initiée et soutenue par **une politique d'emploi résolue** sur l'ensemble de ces champs.

Ces deux points à eux seuls illustrent la nécessité de mettre en place une stratégie globale de transition pour accompagner l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap, et cela afin de ne pas engendrer une politique de l'emploi segmenté.

Mais cet enjeu majeur ne peut être réduit à une approche quantitative et en qualification des ressources humaines : **les aspirations, les choix, les attentes de nos concitoyens évoluent.** Dans le même temps, la transformation de notre système de santé, **les exigences nouvelles liées à l'approche domiciliaire** des réponses à l'avancée en âge, font apparaître **de nouveaux et larges besoins de formation, de nouvelles qualifications, de nouveaux métiers et de nouvelles modalités de coopérations entre les métiers.**

Les fonctions d'organisation, de gestion, de management, appellent, elles aussi, de profondes transformations.

Une politique d'évolution des métiers selon cette approche engendrera par ailleurs des créations d'emplois reconnus et donc plus attractifs.

La qualité de vie des professionnels nécessite qu'ils soient accompagnés dans les évolutions de leurs pratiques

L'approche domiciliaire, la prise en compte du libre choix et des aspirations de la personne, le respect de sa liberté d'aller et venir, d'être avec ses proches, partie prenante et plus uniquement usager ou bénéficiaire, emportent des évolutions profondes dans l'exercice des métiers.

Quand la logique dominante devient celle du domicile et non plus celle de l'intervention, il importe qu'un nouveau dialogue s'engage avec les professionnels et les aidants : il s'agit d'approfondir ses attentes, avec ses proches, par une réflexion approfondie sur ses exigences de liberté et sur ses relations au risque et à sa protection.

La question souvent taboue de la vie affective, selon les choix de vie des personnes, est au cœur de l'approche domiciliaire et fait partie de ce dialogue pour lequel les professionnels doivent transformer leurs approches, leurs pratiques. L'organisation d'accompagnement sur un mode « collectif » (établissement) ne doit pas être exclusive du respect de l'intimité de la personne.

L'intégration des méthodes et dispositifs de coordination dans les territoires nécessite également que les professionnels du soin, de l'aide et de l'accompagnement, du logement et de la présence sociale apprennent à travailler ensemble en construisant ou en adaptant des méthodes et des outils communs.

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- > Garantir la reconnaissance des métiers ;
- > revaloriser les salaires des métiers de l'aide et de l'accompagnement ;
- > améliorer la qualité de vie au travail ;
- > construire les métiers de demain dans une logique de décroisement et dans de nouvelles modalités collaboratives ;
- > permettre la transformation des organisations et des pratiques managériales ;
- > reconnaître le véritable prix des interventions et le faire évoluer annuellement et automatiquement en fonction du coût de la vie ;
- > reconnaître financièrement les temps de coordination et de management nécessaires ;
- > reconnaître et valoriser les actions de présence sociale dans les interventions d'aide, d'accompagnement (au titre de la fonction présenteielle).

Pour une stratégie résolue de sauvetage du secteur de l'aide à domicile

Les services et les établissements d'aide et d'accompagnement devront, pour faire face à l'avancée en âge, être en capacité de recruter des salariés dont le nombre et la qualification répondent à des attentes et à des besoins émergents, spécifiques à la situation de chaque personne, sur tous les territoires. Une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences fondée sur les enjeux de transformation de nos réponses pour l'autonomie des personnes est indispensable.

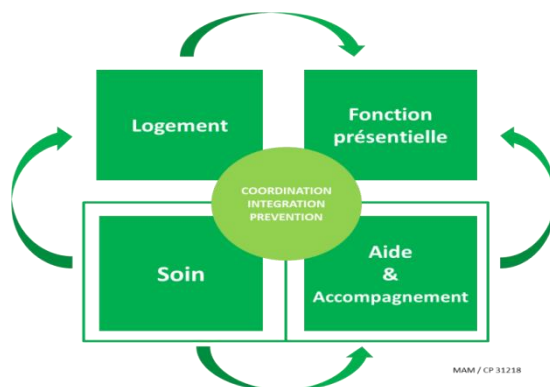
Toutefois, ces besoins de recrutement ne peuvent et ne pourront être satisfaits, à modèle constant des services et des établissements d'aide et d'accompagnement. Les services d'aide à domicile sont les piliers irremplaçables de la vie « chez soi ». Ils sont, en lien avec les aidants, les premières parties prenantes du premier recours.

L'approche domiciliaire portée par le conseil de la CNSA ne peut être mise en œuvre que si une **stratégie résolue de soutien au secteur de l'aide à domicile est adoptée à court terme**. Elle doit comporter une refonte de la tarification des services mais, au-delà, elle doit porter un projet offensif et ambitieux pour ce secteur clé.

Cette stratégie suppose, au préalable, l'acceptation et la reconnaissance du rôle des services d'aide, d'accompagnement et de soin à domicile. Ces services doivent pouvoir accompagner la personne dans toutes les activités essentielles de sa vie, les relations sociales, les loisirs, le tourisme, le bien-être, la spiritualité, etc. En lien avec les aidants, ils sont également **partie prenante du premier recours**. Ils garantissent l'accès et la continuité des soins nécessaires en veillant notamment à ce que le recours au médecin généraliste soit sollicité au bon moment, sans retard et en opportunité. Ces missions de santé assurées souvent, au quotidien, par les services à domicile et les aidants, doivent désormais être reconnues. Des délégations de tâches devront pour cela être envisagées et évaluées. On sait bien que de nombreux freins à la reconnaissance du rôle, de la place et du degré de délégation de tâches des infirmières de pratiques avancées au domicile subsistent encore.

La survie des services d'aides à domicile nécessiterait, selon les estimations de l'Union nationale des soins et services à domicile (UNA), l'injection urgente dès 2019 de 1,7 milliard d'euros, afin de revaloriser les salaires, prendre en compte les temps de déplacement des intervenants, conformément à l'engagement pris dans le cadre de la convention collective, et couvrir les coûts de revient pour les structures qui s'élève en moyenne à 25 € alors que l'APA ne finance qu'à hauteur de 21 € en moyenne.

1. 4 Quelles réponses à l'avancée en âge ?



Afin de garantir la pleine citoyenneté de la personne, il importe prioritairement de lui permettre de **vivre dans un cadre choisi par elle, protecteur de sa liberté, de ses droits**. C'est tout le sens de l'aspiration de nos concitoyens à vivre leur avancée en âge chez eux.

Les pratiques de chacun des professionnels qui interviennent auprès de la personne doivent donc évoluer pour prendre en compte cette aspiration : chez-soi

La logique dominante est celle du domicile et non plus celle du métier ou du professionnel qui adapte sa réponse à la singularité de la personne, à ses choix dans une relation éclairée et équilibrée entre les enjeux que sont la liberté et la sécurité.

Toutes les interventions des professionnels doivent s'inscrire en cohérence, en articulation et dans une logique domiciliaire qui respecte la liberté de choix et la singularité de la personne. Parce que ces interventions autour de la personne répondent à des mécanismes organisationnels, financiers et des logiques culturelles qui diffèrent selon les financeurs, décideurs, intervenants, cette approche domiciliaire n'est pas effective dans toutes les composantes de la réponse. Il importe de **mieux utiliser les ressources en permettant la mise en cohérence des interventions de soins, d'aide et d'accompagnement, de soutien au logement et de présence sociale autour de la relation au chez-soi de la personne**.

Il s'agit d'accompagner, sur chaque territoire, les professionnels afin qu'ils identifient les actions pertinentes au-delà de leur propre secteur. Des outils simples, partagés et facilement accessibles pourront permettre la mobilisation facile de l'ensemble des compétences attendues et le développement d'une logique de concertation entre secteurs et métiers différents.

L'approche domiciliaire nécessite des évolutions juridiques pour soutenir l'expression de la citoyenneté des personnes qui avancent en âge

Il faut faire en sorte que les personnes qui résident dans un établissement se sentent bien et effectivement chez elles et qu'il soit notamment reconnu qu'elles vivent dans un domicile et non un quasi-domicile. Les normes qui leur sont applicables doivent être celles du droit commun : devenir celles du domicile.

C'est pourquoi le conseil de la CNSA propose une approche intégrée des fonctionnalités de la réponse en soin, en aide et accompagnement, en logement, en présence sociale.

Les actions de coordination et de prévention sont inscrites en cohérence et intégrées à chacune d'entre elles. Cette approche permet de concevoir, d'adapter et d'organiser des réponses domiciliaires quel que soit le lieu de vie de la personne.

Raisonner en ces termes permet également de réinterroger l'objet des financements de chacune des composantes de la réponse et donc l'origine de ces financements

Appréhender les effets de noria que génère une approche plus large de la réponse permet de montrer de nouveaux équilibres et de faire des propositions afin d'identifier ce qui doit être financé par les solidarités ou non. Cela permet également de déterminer quel régime doit être applicable selon la fonctionnalité de la réponse pour qu'elle s'inscrive dans une logique domiciliaire.

Cela permet également de développer une approche analytique de chacune des composantes de la réponse, tenant compte de leur nécessaire mise en cohérence pour évaluer les besoins d'accompagnement à l'autonomie et de présence auprès de la personne.

Par exemple, les taux d'encadrement en établissement⁶ ou encore les heures d'intervention des professionnels estimées nécessaires selon les attentes, le besoin d'accompagnement de la personne, **doivent tenir compte** et reconnaître la part des interventions qui relèvent des actions présentes réalisées par les professionnels, les proches aidants, les associations qui luttent contre l'isolement des personnes ou autres acteurs locaux.

Afin d'éclairer et d'objectiver ces différentes composantes et ainsi construire le modèle de demain sur des bases solides et harmonisées indépendamment de la réponse établissement et/ou service, il importe d'engager rapidement une démarche dans le secteur de l'âge à l'image de celle initiée dans le champ du handicap.

⁶ Le plan Solidarité – Grand Âge pour 2012 prévoyait un taux d'encadrement en EHPAD de 0,8 pour 1.

Orientation du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- > Les **normes juridiques** et la **réponse en logement** doivent être identiques quel que soit le lieu de vie de la personne.
- > **L'approche domiciliaire doit être pleinement intégrée dans le cadre des interventions de soin.**
- > Toutes les fonctionnalités de la réponse sont **intégrées et cohérentes entre elles.**
- > Les actions de coordination, la prévention et leur financement sont intégrées à chacune d'entre elles.
- > **Quels qu'ils soient, les modes, modalités de financement et de gouvernance doivent être adaptés aux réalités locales et permettre l'affirmation du chez-soi dans chacune des fonctionnalités** de la réponse. Ils doivent garantir une approche domiciliaire, quelle que soit la nature de l'intervention, et un *design* simple de l'accès à l'information et à la réponse. Une **méthode d'intégration territorialisée et partagée de l'organisation et des financements des réponses en soin, en logement, en accompagnement et présentesielles**, autour du chez-soi de la personne, doit permettre la défragmentation de leur organisation et de leur financement.
- > « L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, par l'existence de carences ou de réponses redondantes. C'est un mode d'organisation de tous les partenaires assurant chacun une part des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation⁷. »

Des méthodes et modes d'évaluation cohérents entre eux : par et pour la personne, quel que soit le lieu où elle vit

Fournir des réponses personnalisées à chaque citoyen qui recourt au système de protection sociale, selon une approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression de ses aspirations et de ses besoins et de son projet de vie, sous-entend potentiellement des réponses complexes, intriquées les unes aux autres en logement, en soin, en aide et accompagnement, et en présentiel.

Ces réponses doivent faire l'objet d'adaptations en continu selon **l'évolution** :

- > des aspirations de la personne ;
- > des contingences liées à son lieu de vie ;
- > de ses besoins d'accompagnement à l'autonomie.

Il importe pour cela de mener à bien **une évaluation multidimensionnelle par et pour la personne**, en veillant tant à la cohérence qu'à l'indépendance de la méthode d'évaluation par rapport aux facteurs décisionnels et de financement.

Par son savoir expérientiel, la personne contribue à la réponse qui lui convient, à chaque étape de sa vie, dans un objectif de stabilisation et d'harmonisation de sa situation personnelle.

⁷ Pr Dominique Somme, *Intégration et gestion de cas, évolution des dispositifs de réponse à la perte de l'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer, 2010*, Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

Les méthodes et outils d'évaluation doivent également **faciliter la concertation interdisciplinaire et l'intégration des services autour de la personne**. Ils doivent assurer une meilleure cohérence et une meilleure articulation des réponses en logement, en soin, en aide et accompagnement, en présence sociale, quel que soit son lieu de vie. Cette évaluation et les préconisations en termes de soin, d'accompagnement, d'adaptation du logement ou encore d'aide technique ou de répit doivent pouvoir être indépendantes des sources et modalités de financement afin d'offrir aux personnes la possibilité d'un choix éclairé et exhaustif. L'outil interRAI utilisé par les gestionnaires de cas pour conduire une évaluation multidimensionnelle à domicile semble s'inscrire en partie dans cette logique. Il permet de faciliter la concertation interdisciplinaire et l'intégration des services de soin et des services d'aide et d'accompagnement autour de la personne.

L'outil GEVA s'inscrit également, en partie, dans cette logique. Il permet également de tenir compte non seulement du projet de vie de la personne, mais aussi des facteurs personnels (les altérations de fonction) et des facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités) pour identifier le handicap selon la définition donnée par la loi : les limitations d'activité et restrictions de participation que la personne subit dans sa vie réelle.

L'évaluation de la situation et des besoins de la personne handicapée, à partir des choix qui définissent son « projet de vie », a pour objet de lui proposer des réponses personnalisées. C'est là le cœur du droit à compensation. **Pluridisciplinaire et multidimensionnelle, l'évaluation se doit d'envisager tous les aspects de la situation de la personne : facteurs personnels et environnementaux, obstacles à la participation à la vie sociale... Elle tient compte du projet de vie de la personne et de son environnement, dans le cadre d'un dialogue avec elle, pour que puissent lui être proposés, dans le plan personnalisé de compensation, des réponses et un accompagnement adapté.**

Cette logique d'évaluation doit être affirmée et étendue pour prendre en compte toutes les dimensions du choix de la personne autour de sa relation au chez-soi **quel que soit son âge, son type de handicap, quels que soient ses besoins d'accompagnement à l'autonomie ou de soins**. Elle doit prendre en compte les dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la réponse par la personne dans sa relation au chez-soi.

Par méthode, elle ignore l'âge ou le type de handicap en tant que tel. Fondée sur l'expression des aspirations, des besoins et du projet de vie de la personne, **elle se donne les moyens d'anticiper la diminution de son autonomie** et de lui fournir des réponses continues, fluides, évolutives et adaptées à ses choix de vie, très tôt, **notamment en amont de la cessation d'activité**. Elle compense une situation de handicap acquise ou innée.

Afin d'évaluer la qualité, la pertinence et la cohérence des réponses présentes, il serait par ailleurs pertinent d'envisager la construction des indicateurs permettant d'anticiper et d'évaluer l'effectivité de l'affirmation de la logique domiciliaire dans la réponse globale. Ils doivent permettre la prise en compte des dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, sanitaires dans la réponse. Pour cela, ils doivent reposer prioritairement sur **un principe d'écoute et d'analyse de la satisfaction de la personne**.

Les enjeux de solidarité et d'égalité des chances nécessitent que dans les méthodes d'évaluation soient attentivement pris en compte les déterminants territoriaux.

Pour évaluer la cohérence des réponses et leur adéquation aux aspirations et besoins des personnes quels que soient leur âge ou leur situation de handicap sur le territoire, il importe ainsi d'établir **des objectifs et des indicateurs nationaux**, avec et pour les personnes, avec et pour les territoires. Ces indicateurs nationaux devront, **dans un deuxième temps, être déclinés** avec une **prise en compte des priorités et des diversités locales au niveau de chaque territoire. Les habitants du territoire devront nécessairement être au cœur de cette démarche.**

Les dix-sept objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030, adoptés par les États membres des Nations unies, semblent un levier pertinent pour permettre l'évaluation de la prise en compte de l'avancée en âge et du handicap dans les stratégies territoriales, dans les politiques d'aménagement des territoires.

Axés autour de trois éléments interdépendants du développement durable (la croissance économique, l'inclusion sociale et la protection de l'environnement), ces objectifs sont applicables universellement et permettent la prise en compte des réalités, des capacités, des niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales. Ils ne sont pas indépendants les uns des autres.

L'objectif est de les atteindre au moyen d'une approche intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement. L'évaluation de la prise en compte de l'avancée en âge, du handicap et l'identification d'indicateurs dans une approche intégrée de ces stratégies semblent un levier pertinent et sont une obligation pour tous les États membres des Nations unies.

Il importera toutefois de veiller tant à la cohérence qu'à **l'indépendance de la méthode d'évaluation par rapport à l'étape de décision et de financement.**

Organiser l'accès à l'information, au droit et aux réponses

Il s'agit de définir un *design* simple, fluide et « multicanal » des accès à l'information, au droit et aux réponses, au plus près de la personne, selon ses modes préférentiels de communication et sa situation d'âge, de handicap et de santé.

Si l'on peut faire l'hypothèse qu'à horizon 2030-2040, dans une très grande majorité, nos concitoyens auront dépassé les obstacles liés à la fracture numérique (*illelectronisme*, équipement des ménages et pouvoir d'achat, accessibilité et zones blanches), on se doit de prendre en compte la forte disparité des usages d'aujourd'hui.

Orientations pour l'autonomie et le grand âge

- > Par son savoir expérientiel, **la personne contribue à la réponse qui lui convient à chaque étape de sa vie**, dans un objectif de stabilisation et d'harmonisation de sa situation personnelle. Elle doit pour cela bénéficier, en proximité, des services d'accès aux droits, à l'information et à l'accompagnement à l'autonomie.
- > Pluridisciplinaire et multidimensionnelle, l'évaluation des aspirations et besoins envisage tous les aspects de la situation de la personne : facteurs personnels et environnementaux, obstacles et facilitateurs aux activités et à la participation à la vie sociale. Elle tient compte du projet de vie de la personne et de son environnement, dans le cadre d'un dialogue avec elle, pour que puisse lui être proposé, dans le plan personnalisé de compensation, un accompagnement adapté.
- > Pour prendre en compte les dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la réponse par la personne, **l'étape de décision et de financement de la réponse à la personne, aux structures ou aux collectivités territoriales qui les accompagnent** doit également tenir compte des réalités, capacités, niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales.
- > Cette étape de décision et de financement doit également reconnaître et prendre en compte toutes les actions des parties prenantes publiques et privées pour la prise en compte de l'avancée en âge, du handicap ou de la maladie dans une vision intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement.
- > Sur ces fondements, le conseil préconise que soit défini, **par et pour les personnes concernées et leurs représentants, par et pour les territoires, un socle d'objectifs d'évaluation à atteindre adaptés aux réalités locales, dans une approche intégrée** permettant la prise en compte de l'avancée en âge et des situations de handicap dans toutes les stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement.
- > Pour connaître, anticiper les aspirations et besoins des personnes et articuler en ce sens, l'action de l'État pour l'autonomie en proximité, ce socle national devra également permettre le recueil et le partage des informations liées entre l'État et les collectivités territoriales.
- > Ces objectifs doivent permettre **la pleine et entière prise en compte des dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la personne dans sa relation au chez-soi.**
- > Les étapes de décision, de contractualisation et de financement de la réponse tant à la personne, qu'aux structures ou aux collectivités territoriales qui les accompagnent doivent le permettre.
- > **Cela suppose au préalable :**
 - d'organiser le *design* de l'information et de la réponse pour l'autonomie de la personne dans les territoires, dans sa relation au chez-soi ;
 - d'identifier, de reconnaître et de coordonner les actions pour l'autonomie de la personne de chacune des parties prenantes publiques et privées.

> **Pour :**

- mobiliser en fonction des aspirations de la personne et des réalités du territoire, celles qui sont en mesure de réaliser et de coordonner leur évaluation au plus près de la personne, de son chez-soi ;
- mobiliser les parties prenantes en mesure de leur donner la capacité d'intervenir dans une approche domiciliaire : un accompagnement humain en mesure de prendre en considération tous les facteurs décisionnels de la relation au chez-soi de la personne.

1. 5 Quel mode de financement, quels besoins de financement ?

Les politiques pour l'autonomie constituent un **investissement social**.

Leur efficience participe de la cohésion sociale. Elle **permet de limiter l'impact des risques sociaux et de mobiliser la solidarité nationale, avec justesse et pertinence, dans l'intérêt des personnes concernées et dans l'intérêt général**. Les politiques pour l'autonomie ne relèvent pas, à proprement parler, des politiques fondées sur les risques au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elles sont nées d'une ambition contemporaine de progrès sociétal et social pour et par l'autonomie et la prévention des formes de limitation de l'autonomie liées à l'âge, à la situation de handicap ou de santé, mais aussi à la situation sociale et territoriale de nos concitoyens.

Les enjeux du financement de la protection sociale pour accompagner la transition démographique et l'avancée en âge

- > Une acception de la protection sociale élargie à des domaines et des champs qui aujourd'hui relèvent d'autres politiques ;
- > l'anticipation par chaque citoyen de ses besoins futurs pour une vie autonome en pleine citoyenneté ;
- > la prévention des risques de limitation de l'autonomie tout au long de la vie ;
- > le respect des principes de la liberté de choix, par l'affirmation du droit à « vivre chez soi » quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, quels que soient le territoire et le lieu où l'on vit.

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- > **Organiser un *design* simple de l'accès à la réponse et à son financement pour les personnes.**
- > **Rompre avec les inégalités de situations** : prendre en compte dans la production de notre droit commun les situations d'âge, de maladie et de handicap pour prévenir les risques de discriminations, d'inégalité, d'iniquité, de perte de chance et donc d'exclusion que pourraient précisément générer les situations d'inclusion.
- > **Rompre avec les inégalités territoriales** : permettre à tous où qu'ils vivent sur le territoire national, d'exercer pleinement leur citoyenneté et l'affirmation du droit à « vivre chez soi ».
- > **Gérer et anticiper un risque complexe.**
- > **Financer les composantes de la réponse** afin qu'elles soient cohérentes entre elles et que les objectifs de prévention et de la coordination soient intégrés.

Pour satisfaire ces enjeux et mettre en œuvre une réforme sociétale d'accompagnement de la transition démographique, l'architecture financière « cible » de la réponse à l'avancée en âge, doit prendre en compte l'ensemble de ses composantes.

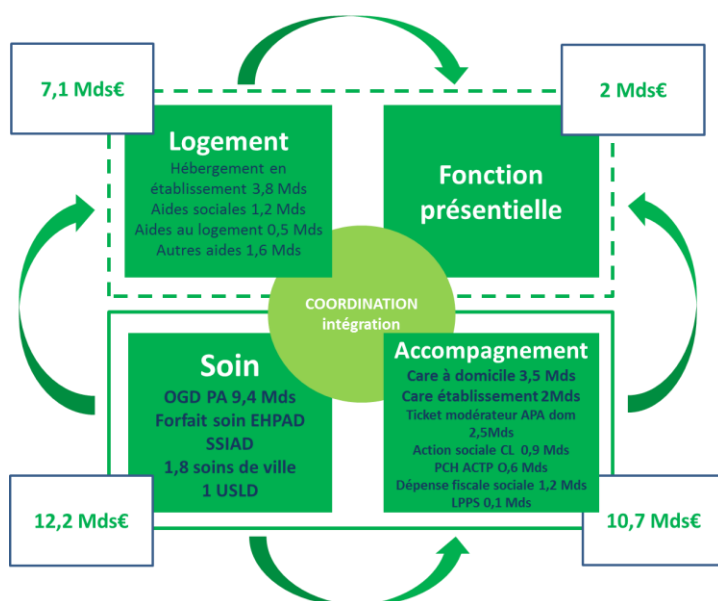
Les quatre grands agrégats correspondant aux quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge

Aborder en ces termes les enjeux du modèle de financement conduit à s'interroger sur les différentes natures des dépenses à financer. La distinction entre le soin, l'accompagnement et l'aide, le logement et la fonction présentielle doit être réinterrogée par le conseil de la CNSA afin de lui permettre de déboucher sur une position partagée par l'ensemble des parties prenantes qui le constituent.

La fonction présentielle demeure, à ce stade, largement impensée par le système actuel, comme le montrent les modèles de tarification. **L'article 129** de la loi ELAN précisant le régime de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées **l'aborde timidement au travers du forfait autonomie**⁸. Ces dispositions sont insérées au sein du CASF.

Le conseil a engagé ses travaux sur le financement par une réflexion sur **les quatre grands agrégats qui correspondent aux quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge** présentées plus haut⁹.

On peut ainsi identifier **les différents niveaux de contribution actuelle**¹⁰ au financement de chacune des quatre fonctions :



Le conseil s'accorde sur l'intérêt de **se projeter en termes de besoins cibles sur chacune des quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge** mais également d'appréhender **l'effet de noria** que peut générer l'évolution du financement de l'une d'entre elles sur le besoin de financement des autres fonctions.

Il est ainsi communément admis qu'une dépense médico-sociale (maison d'accueil spécialisée – MAS, EHPAD, SAAD par exemple) peut avoir un effet minorant sur la dépense hospitalière (moindre recours aux urgences, moindre taux de retour, politique plus efficiente de soutien au domicile) ou ambulatoire. Pourtant, l'éparpillement des financements liés à ces différents dispositifs rend difficile l'identification d'une complémentarité accrue des financements dédiés, d'autant que les effets de noria sont, dans notre modèle actuel, rarement sources de redéploiement.

⁸ Art. L. 281-2.-II : est créé un forfait pour l'habitat inclusif pour les personnes mentionnées à l'article L. 281-1 pour le financement du projet de vie sociale et partagée, qui est attribué pour toute personne handicapée ou toute personne âgée en perte d'autonomie résidant dans un habitat répondant aux conditions fixées dans le cahier des charges national mentionné au même article L. 281-1. Le montant, les modalités et les conditions de versement de ce forfait au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée sont fixés par décret.

⁹ Cf. L'approche domiciliaire : quatre composantes, p. 19.

¹⁰ Travaux du conseil de la CNSA d'après les éléments fournis par les services de la CNSA.

Ainsi, si la fonction soin, en se transformant grâce à la réforme portée par la ministre des Solidarités et de la Santé, s'adosse mieux à la fonction d'aide et d'accompagnement, il reste difficile de mesurer l'impact de cet adossement sur le besoin cible de financement de la réponse à l'avancée en âge. L'objectif du conseil est d'être en mesure d'obtenir, avec l'expertise de l'établissement public et les données détenues par les parties prenantes, une évaluation des agrégats cibles qui intègre effectivement cet effet de noria.

Cette méthode de représentation des financements cibles pour l'accompagnement de l'avancée en âge pose des questions de principe sur les fragilités, les contradictions et les impasses du modèle actuel.

L'approche par les composantes fonctionnelles de la réponse impose de renforcer l'évaluation **analytique** des besoins de financement **de chacune d'entre elles en intégrant l'affirmation de la logique domiciliaire et les effets de noria qu'elle génère.**

Le conseil de la CNSA a ainsi engagé des travaux afin :

- > d'estimer et d'évaluer la soutenabilité de chaque niveau pour chaque fonctionnalité de l'affirmation du chez-soi : soin, accompagnement, logement, présentiel ;
- > de contribuer à éclairer le débat entre solidarité et mutualisation des risques ;
- > d'identifier la charge liée aux évolutions des besoins d'accompagnement à l'autonomie que doit assumer la solidarité nationale ;
- > d'identifier les transferts de charges pour ce qui ne relève pas des réponses en protection sociale.

Les financements de la réponse aux personnes (pour les quatre fonctionnalités qui la composent) doivent faire l'objet d'une évaluation précise intégrant :

- > le dynamisme de la dépense liée à la transition démographique ;
- > les effets de report liés à la mise en œuvre des réformes associées (santé, logement, aménagement du territoire) d'un poste de dépense sur l'autre – exemple : l'optimisation des ressources, notamment dans l'utilisation du temps médical disponible permet de diminuer la tension dans la pratique quotidienne des professionnels ;
- > les effets de report liés à la montée en charge des différentes fonctionnalités ;
- > la dimension fiscale du financement de l'autonomie (crédits d'impôts, etc.) ;
- > le coût de la transition du système de protection sociale pour accompagner l'avancée en âge ;
- > le libre choix par la personne de la réponse qu'elle souhaite, compte tenu de sa situation : âge, handicap, santé, territoire, lieu où elle vit.

Le financement des politiques pour l'autonomie relève d'un investissement social porteur de nouveaux bénéfices collectifs : cohésion sociale, dynamique de création d'emplois, diminution du chômage, de l'épuisement professionnel et des aidants.

En ce qu'elle veille à ce que la personne se sente bien chez elle tout en bénéficiant d'un accompagnement et des soins adaptés et choisis, la poursuite d'une approche domiciliaire a également des conséquences positives pour la prévention des hospitalisations, le juste recours au médecin généraliste au bon moment ou encore la diminution de la consommation des médicaments et des effets iatrogènes.

Les coûts de la coordination, de la prévention, les investissements dans la transition doivent être effectivement intégrés aux besoins de financement pour l'autonomie.

Comme le conseil l'a fortement souligné dans le chapitre prospectif 2018 de la CNSA, la transformation même des modèles emporte une nécessité d'investissement qui doit être prise en compte dans l'évaluation du besoin de financement.

Ne pas l'identifier, ne pas en mesurer l'impact, reviendrait à courir le risque de distorsions pouvant causer l'échec de la volonté réformatrice.

Des mesures immédiates, des investissements de transition à court terme et la mise en œuvre d'une méthode d'orientation territorialisée doivent permettre :

- > la mise en place d'une organisation locale et territoriale offrant un **design simple de l'accès à l'information, à la réponse et à son financement**, en proximité ;
- > la mise en place d'une méthode analytique territorialisée de la nature et des besoins d'investissements pour l'autonomie des personnes permettant d'appréhender l'effet de **noria** que peut générer un type de dépense sur le coût d'une autre.

Des propositions approfondies sur la nature et l'origine des financements

Ces propositions devront se fonder sur les éléments suivants :

- > solidarité, échelon de la solidarité ;
- > mutualisation ;
- > financement direct sous forme de reste-à-charge, lien avec la réforme des retraites ;
- > soutenabilité de chaque niveau, pour chaque fonctionnalité ;
- > conséquences sur le modèle économique de l'offre ;
- > partenariats publics privés / investissement / production de l'offre.

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- > **La charge liée aux évolutions de la situation des personnes** (situation de handicap quel que soit l'âge, aggravation de l'état de santé...) **doit être assumée par la solidarité nationale.**
- > **Il s'agit d'organiser et de financer la présence, les aides liées à la participation à la vie sociale, les aides humaines et techniques** (dans la logique de PCH).
- > Il s'agit également de **financer la compensation des actions liées à l'emploi direct, aux mandataires et des aidants familiaux.**
- > Le soin, l'accompagnement, le surcoût lié à de nouveaux besoins en matière de logement et en besoins présents pour l'autonomie doivent être assumés par la collectivité nationale afin de garantir la soutenabilité de leurs financements.
- > **Le reste-à-charge, doit être appréhendé comme la part légitime de contribution de la personne à la réponse qui lui convient, et à laquelle elle consent**, selon le principe du libre choix et selon la part légitime de la contribution de la personne.
- > **Cette part légitime, pour être accessible et supportable pour la personne et sa famille, doit être comprise et proportionnée à sa capacité contributive.** Se fixer un objectif en ce sens est déterminant pour l'acceptabilité de la réforme.

À ce jour, l'éclatement des financements liés aux différentes fonctionnalités de la réponse rend difficile l'identification d'une complémentarité des financements dédiés.

Certains mécanismes budgétaires propres à chacun des financeurs freinent leurs capacités d'action en la matière.

Il s'agira donc d'identifier **de nouveaux mécanismes et outils de financement territorialisés** permettant :

- > un design simple de l'accès à la réponse pour l'autonomie de la personne et à son financement ;
- > la prise en compte des réalités, des actions des parties prenantes locales pour l'autonomie ;
- > la mise en complémentarité des financements pour l'autonomie : mutualisation des financements publics d'une part et publics/privés d'autre part ;
- > l'organisation d'un financement garantissant l'existence d'une offre de services de qualité à la fois homogène et territorialisée permettant à chaque personne un exercice réel de ses droits et de sa pleine et entière citoyenneté ;
- > le financement de la coordination et de la prévention (inscrites en complémentarité et intégrées à chacune des composantes).

2 Une méthode de transition

La transition vers un modèle personnaliste, de proximité et solidaire, nécessite des investissements afin d'accompagner les parties prenantes dans cette évolution en leur laissant de réelles marges de manœuvre pour **construire, sur les territoires, à partir de l'existant, avec et pour les parties prenantes concernées, le modèle qui sera pertinent demain.**

Certains principes doivent être respectés :

- > ne pas supprimer ou fragiliser une réponse sans vérifier son évolution possible** ou qu'une nouvelle solution répondant aux besoins ou attentes des personnes a bien été mise en place, de manière effective et opérationnelle ;
- > prendre en compte les impacts** économiques, environnementaux et sociaux de l'adaptation des réponses au regard du contexte historique, économique, démographique, géographique, culturel de chaque territoire ;
- > s'appuyer sur l'expérience et l'expertise des parties prenantes** déjà engagées dans le processus pour éclairer et accompagner la transition ;
- > mettre en place des modes et modalités d'évaluation** des expérimentations et des réponses **par la preuve** intégrant leur évaluation par les personnes concernées.

2.1 Piloter, soutenir et évaluer la transition

La transition vers un modèle personnaliste, de proximité et solidaire suppose de permettre la **coordination d'une méthode partagée et territorialisée d'orientation et d'accompagnement de la transition.**

La transformation de nos réponses pour l'autonomie quel que soit l'âge, la situation de handicap, de santé, quel que soit le lieu où vit la personne, ne pourra effectivement se concrétiser si elle ne prend pas en compte l'existant et le contexte dans laquelle elle s'inscrit : les réponses existantes, les transformations en cours, les attentes des personnes aujourd'hui et demain, les spécificités, les problématiques nouvelles et les contraintes d'aménagement des territoires où la réponse doit se construire, en proximité, par et pour chaque personne.

Il s'agit **d'être en mesure d'accompagner des territoires qui nécessiteraient une attention et une aide spécifiques** du fait d'un contexte historique, socio-économique ou environnemental particulier et de **renforcer la capacité de soutien des régions et des départements aux actions pour l'autonomie portées par les communes, les agglomérations ou encore les métropoles.**

Il s'agit tout autant **d'égaliser leur capacité à répondre aux attentes et aux questionnements des publics** qui ne seraient pas suffisamment pris en considération en l'état : handicap psychique, handicap survenu après 60 ans, etc.

Il s'agit enfin de **permettre la reconnaissance, la valorisation, l'accompagnement et l'intégration des actions des parties prenantes locales pour l'autonomie des personnes** dans chacune des composantes de la réponse : le logement, l'aide et l'accompagnement, le soin et le présentiel.

2.2 Estimer et financer les coûts de la transition

Permettre la transition vers un modèle de protection sociale personnaliste, de proximité et solidaire nécessite en outre des investissements immédiats.

- Structurer un **fonds d'appui et d'accompagnement à la transformation 2019-2022**, destiné aux parties prenantes dont l'action est structurante pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap dans les territoires, en complément des ressources mobilisables sur le territoire :
 - réparti équitablement en fonction des besoins et des contextes des territoires sur la base de critères votés par le conseil de la CNSA, sur le modèle de la répartition de la section 1 du budget de la CNSA ;
 - réparti en fonction des objectifs fixés par le conseil de la CNSA dans le cadre des espaces de dialogue et de consensus dans les territoires, à partir des diagnostics découloinnés partagés ;
- **soutenir le rôle d'animation de réseaux des organisations nationales** en mettant en place ou en recentrant les programmes de modernisation pour appuyer plus fortement l'animation de la transformation dans chaque réseau (dans le cadre d'un conventionnement avec la CNSA).
- **identifier et organiser le financement partagé des fonds d'urgence nécessaires à destination des établissements et services** afin qu'ils intègrent pleinement des approches domiciliaires et ne pas supprimer ou fragiliser une réponse sans vérifier son évolution possible ou qu'une réponse répondant davantage aux attentes et besoins des personnes a bien été mise en place.
- Mettre en place une **stratégie nationale découloinnée et partagée de la transformation numérique dans le secteur social et médico-social** comprenant un plan de modernisation des systèmes d'information et du parc informatique des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Ouvrir des dérogations réglementaires et administratives permettant l'expérimentation d'une réponse et **consacrer ainsi un droit à l'erreur**, ouvrir la possibilité de revenir sur une expérimentation, sur une décision, sur un choix.

3 Gouvernance

3.1 Gouverner par l'association des parties prenantes, développer et coordonner les fonctions agenciellles nationales, régionales, territoriales

Les principes retenus par le conseil de la CNSA pour la gouvernance

Un principe de convergence des politiques pour l'autonomie

- L'âge et la situation de handicap ne sont pas le point d'entrée de la politique de l'autonomie. Il importe d'aborder la question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence » selon une approche domiciliaire.

Un principe d'équité territoriale

- Les nouvelles exigences dans l'expression de la citoyenneté demandent de penser l'intégration de ce principe d'égalité entre tous les territoires et tous les citoyens à la gestion des risques sanitaires et sociaux contemporains.
- Le rôle et la place des élus locaux et des parties prenantes locales, territoriales doivent être reconnus.

Un renforcement des fonctions agenciellles à tous les niveaux

- Les fonctions agenciellles nationales, régionales et territoriales participent de la capacité de l'État à articuler pleinement son action, en lien étroit avec les parties prenantes, sur tous les territoires, en prenant en compte des déterminants locaux, économiques, sociaux, infrastructurels, environnementaux.
- Dans le cadre de leur fonction agencielle, les agences régionales de santé (ARS) doivent investir dans une gouvernance partagée pour la cohérence et la coordination du soin, de l'aide et de l'accompagnement.
- Le pilotage des politiques pour l'autonomie doit être territorialisé, construit de façon ascendante à partir du chez-soi de la personne, dans l'hyper-proximité du territoire.

Une méthode d'orientation reposant sur :

- Une gouvernance par l'association des parties prenantes ;
- une méthode ;
- un mode de pilotage, de soutien, d'évaluation et de contrôle.

Cette méthode doit permettre :

- > l'égal accès aux droits et aux biens pour tous les citoyens en **simplifiant l'accès à l'information** et à la réponse aux attentes de la personne quels que soient son âge, sa situation de handicap, de santé, son mode de vie, ses préférences et l'endroit où elle vit ;
- > **la simplification et la coordination de l'action des décideurs et financeurs des politiques de l'autonomie dans les territoires** en mettant en place, à partir des dispositifs existants, des outils permettant la coordination des décisions et la mutualisation des financements publics et/ou privés (groupements d'intérêts publics, contrats locaux, conventionnements nationaux et locaux) ;
- > **la prise en compte des spécificités géographiques, démographiques, historiques, culturelles des territoires**, des contraintes d'aménagement des territoires dans la construction des réponses apportées à nos concitoyens ;
- > **l'accompagnement des territoires les plus fragiles** afin de permettre l'accès à des réponses choisies et équitables sur tout le territoire de la République ; en zone rurale, urbaine, en outre-mer, etc. ;
- > **la pleine et entière intégration des instances, dispositifs de pilotage et de coordination des politiques pour l'autonomie par et dans les territoires** ;
- > **la mise en complémentarité des actions de toutes les parties prenantes nationales/territoriales, privées/publiques**, dont l'action est structurante pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans les territoires.

Cette méthode a vocation à être préfigurée et déployée progressivement par et pour les parties prenantes, dans tous les territoires de la République. Elle ne constitue en aucun cas un nouveau cadre normatif mais bien une méthode partagée, **ascendante**, ouverte et flexible adaptée aux diversités locales, dont les territoires devront s'emparer.

Elle s'appuie sur une reconnaissance, un **renforcement du rôle et du soutien des parties prenantes de l'hyper proximité, notamment les communes, les agglomérations**, proches et à l'écoute des citoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé. **Elle ne remet pas pour autant en cause les compétences de chacune des parties prenantes des territoires mais reconnaît et intègre la place, les actions et les financements de chacune d'entre elles.**

Compte tenu de la diversité des parties prenantes, des compétences et des financements des politiques transversales et actions pour l'autonomie, elle s'appuie sur un **renforcement des fonctions agencielle nationales, régionales et territoriales** qui participent de la capacité de l'État à articuler pleinement son action en lien étroit avec les parties prenantes, sur tous les territoires en prenant en compte des déterminants locaux, économiques, sociaux, infrastructurels, environnementaux qui pèsent lourd sur l'effectivité de nos politiques publiques.

Cette méthode offre donc un cadre national souple et partagé de co-construction des réponses aux personnes âgées et aux personnes handicapées, en proximité, dans les territoires. Elle fournit aux opérateurs publics et privés des leviers, des moyens d'ingénierie et des outils de pilotage, de soutien et d'évaluation de leurs actions pour l'autonomie des personnes et de leur financement.

L'adoption des orientations prospectives 2018 du conseil, la transformation du fonctionnement du conseil, les démarches partenariales avec les opérateurs publics et privés engagés par la CNSA notamment avec l'Assemblée des départements de France (ADF), la Caisse des dépôts et consignations, ont vocation à préfigurer cette méthode :

- > par et pour les personnes ;
- > par et pour les parties prenantes des territoires ;
- > par l'association des parties prenantes (les membres du conseil, de leurs réseaux et partenaires) ;
- > avec le soutien renforcé de la fonction agentielle de la CNSA.

Une méthode de transition commune pour chaque territoire

Construire à partir de l'existant avec et pour l'ensemble des parties prenantes, les modèles qui seront pertinents demain.

Gouverner et produire des réponses territorialisées par l'association des parties prenantes :

mettre en place, en complémentarité et avec le soutien des instances et dispositifs existants, des espaces de dialogue et de consensus dans les territoires pour décroiser les diagnostics et les planifications des différentes dimensions du territoire autour des composantes de la réponse et des démarches partenariales à mettre en place pour permettre l'intégration de chacune d'entre elles : le logement, le soin, l'aide et l'accompagnement et le présentiel.

- > À partir de diagnostics décroisés, **planifier et mettre en œuvre des programmes d'actions partagées autour de ces composantes de la réponse et des démarches partenariales d'intégration**, où chacune des parties prenantes apporte sa contribution dans la mesure du possible et dans une logique de coresponsabilité ;
- > **renforcer le rôle et le soutien des parties prenantes de l'hyper proximité**, notamment les communes, les agglomérations proches et à l'écoute des citoyens quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé ;
- > **favoriser un contexte de coopération** : construire un cadre de coopération entre les acteurs pour mener des actions conjointes, capitaliser et diffuser les bonnes pratiques ;
- > **inscrire et évaluer la transition pour l'affirmation de la citoyenneté de la personne et du chez-soi comme lieu d'expression de la pleine et entière citoyenneté de la personne dans le cadre du processus global de transformation** de notre système en cours (notamment au niveau européen et international) ;
- > **co-construire des indicateurs nationaux et territoriaux partagés permettant d'évaluer la prise en compte de l'avancée en âge et du handicap dans des politiques territorialisées** : des indicateurs applicables universellement, prenant en compte les réalités, les capacités, les niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales.

Évaluer et contrôler selon de nouvelles règles : simplicité, preuve, confiance, approche conventionnelle, partenariat.

Organiser la production de données.

Les outils

Des supports juridiques et outils plus souples, plus efficaces, adaptés aux contextes et contraintes des territoires (un principe de libre choix de l'outil) :

- > des supports juridiques et outils (exemple : groupement d'intérêt public – GIP) réunissant les décideurs et financeurs publics des politiques pour l'autonomie permettant la définition et la mise en œuvre de stratégies communes ou complémentaires pour la répartition des financements partagés ;
- > des conventionnements individualisés entre les différentes parties prenantes réunies permettant l'inscription des actions en complémentarité au-delà et dans la lignée des programmes d'action ;
- > des conventionnements du GIP avec d'autres parties prenantes externes ;
- > des conventionnements de la CNSA avec d'une part le GIP pour les compétences et actions partagées, d'autre part les parties prenantes des territoires pour les compétences propres ;
- > des conventions et des partenariats au niveau national pour financer de manière décloisonnée les différentes composantes de la réponse, la coordination, la transition et allouer les financements à répartir au et par le GIP.

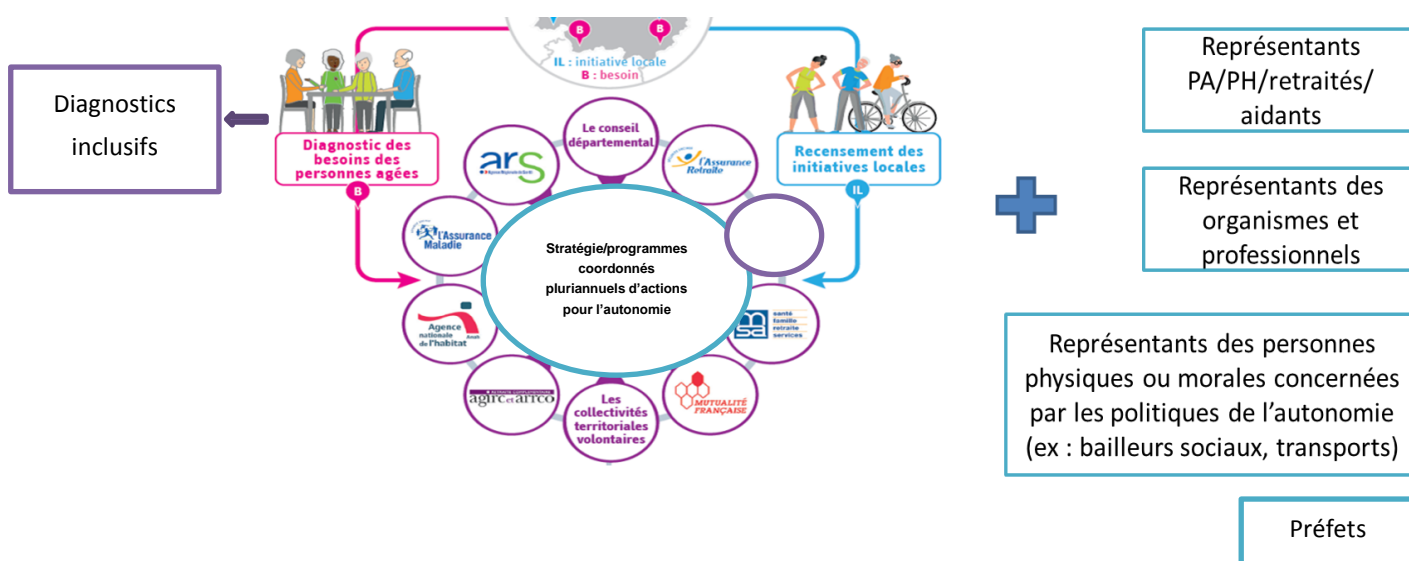
Le modèle cible dans les territoires

Une fonction agentielle garantie par une gouvernance partagée, de proximité et intégrée : mettre en place des conférences pour l'autonomie dans les territoires.

Afin de définir des stratégies partagées intégrant l'avancée en âge et le handicap et les contraintes liées aux politiques d'aménagement des territoires, de définir et de mettre en œuvre des programmes d'actions coordonnés pluriannuels pour l'autonomie du territoire, les champs de compétences et les missions des conférences des financeurs pourraient être étendus et renommés « conférences pour l'autonomie ». Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) intégreraient notamment les conférences pour l'autonomie.

Les conférences pour l'autonomie

Gouvernance stratégique partagée et fonction agentielle



Leur composition intégrerait :

- > les membres siégeant actuellement dans les conférences des financeurs de prévention de la perte de l'autonomie élargies (conférences pour l'autonomie) ;
- > des membres des CDCA ;
- > les préfets de région, départementaux ;
- > les parties prenantes locales ;
- > progressivement : les parties prenantes des territoires qui ont un impact sur les différentes fonctions de la réponse : emploi, économie, culture, loisirs...

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), a pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus autour d'une stratégie commune. La CNSA pilote et anime les conférences des financeurs au niveau national. Chaque département est responsable de l'animation de la conférence des financeurs sur son territoire : elle est présidée par le président du conseil départemental, et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence.

Le rôle du CDCA est d'émettre des avis et des recommandations sur les questions relatives à la prévention, à l'accompagnement médico-social et à l'accès aux soins, aides humaines ou techniques, transport, logement, habitat collectif, urbanisme, aide aux aidants, maintien à domicile, culture, loisirs, vie associative.

Composition actuelle des CDCA

- > **Représentants des retraités, des personnes âgées et des proches aidants** (pour la formation personnes âgées) et **représentants des personnes handicapées et des proches aidants** (pour la formation personnes handicapées).
- > **Représentants des institutions** : des représentants de l'État, du conseil départemental, de l'ARS, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) et des caisses de Sécurité sociale.
- > **Représentants des organismes et professionnels œuvrant en faveur des personnes âgées** (pour la formation personnes âgées) et **des personnes handicapées** (pour la formation personnes handicapées).
- > **Représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées** (pour la formation personnes âgées) et **des personnes handicapées** (pour la formation personnes handicapées) ou intervenant dans le domaine de compétence du CDCA. Par exemple, des représentants des bailleurs sociaux ou des organismes en charge de l'organisation des transports.

La fusion des conférences des financeurs et des CDCA, les conférences pour l'autonomie auraient prioritairement pour **objectifs** :

- > de réaliser des **diagnostics décroisonnés** autour de la relation au chez-soi des habitants du territoire ;
- > de **définir des stratégies partagées** intégrant tant l'avancée en âge et le handicap que les contraintes liées aux politiques d'aménagement des territoires ;
- > de **permettre la pleine et entière intégration des instances, dispositifs de pilotage et de coordination des politiques et des interventions pour l'autonomie des personnes** dans les territoires selon **une approche domiciliaire**.

Afin d'assurer la prise en compte de l'avancée en âge et du handicap dans une approche intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement, leurs missions pourraient être étendues à la **définition de diagnostics partagés, d'indicateurs, de programmes d'actions et de financements coordonnés** pour l'autonomie permettant la prise en compte de l'avancée en âge et du handicap autour de ces objectifs transversaux entre les parties prenantes du territoire.

L'enjeu sera prioritairement de s'accorder sur des stratégies et des objectifs partagés autour des composantes de la réponse et de l'enjeu de leur intégration pour permettre l'affirmation de la logique domiciliaire quel que soit le lieu de vie de la personne. Afin d'y parvenir, les conférences pour l'autonomie mobiliseraient donc en premier lieu les habitants du territoire, les décideurs, financeurs et opérateurs intervenant dans les fonctions logement, soin, aide et accompagnement, présentiel, et leur intégration.

Afin de mettre en œuvre les programmes territoriaux coordonnés pour l'autonomie, **la composition et les missions des actuelles conférences des financeurs de prévention de la perte de l'autonomie des personnes âgées pourraient être étendues et renommées conférences pour l'autonomie.**

Les programmes coordonnés s’inscriraient dans une approche intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l’éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d’emploi.

Les conférences pour l’autonomie seraient :

- dotées d’une **fonction agentielle** pour accompagner le développement de politiques et de financements coordonnés pour l’autonomie des personnes. Cette fonction agentielle devra permettre aux **conférences pour l’autonomie** d’organiser :
 - l’allocation et la juste répartition des financements partagés des politiques publiques pour l’autonomie des personnes dans les territoires (des outils tels que le GIP offrant plus de souplesse, plus d’efficacité et renforçant la relation de confiance entre les parties prenantes du territoire devront être expérimentés) ;
 - des délégations de service public aux parties prenantes locales (contrats locaux, conventions...) ;
 - la conclusion de partenariats pour l’autonomie des personnes avec des opérateurs publics et privés ;
 - la conclusion et le suivi de protocoles permettant l’expérimentation de dérogations aux règles législatives, réglementaires, administratives impactant la liberté de choix de la personne, ne permettant pas à la personne d’habiter comme elle le souhaite (notamment dans les établissements où la logique sécuritaire est priorisée aujourd’hui) ;
 - la reconnaissance, la coordination et le soutien aux actions pour l’autonomie des personnes assurées par les parties prenantes locales (ingénierie, fonction présenteielle) – contrats locaux pour l’autonomie...
- garanties par une gouvernance partagée, solide et intégrée.

La CNSA, dans sa fonction agentielle, animerait le réseau des conférences pour l’autonomie et financerait leur fonctionnement :

- en permettant l’échange d’expériences et d’informations entre les départements lors de rencontres entre professionnels ;
- en diffusant les « bonnes pratiques » d’évaluation individuelle des besoins ;
- en construisant, avec les conférences pour l’autonomie, des outils d’appui aux pratiques professionnelles et d’aide à la décision ;
- en accompagnant des expérimentations ou des dispositifs innovants ;
- en offrant un appui juridique ;
- en facilitant la formation des professionnels qui y travaillent.

La CNSA aurait également **une fonction renforcée de régulation des politiques de l’autonomie** dans les territoires.

L'enjeu serait prioritairement d'établir des diagnostics partagés des attentes et besoins pour l'autonomie des personnes sur un territoire donné et d'établir des programmes d'actions coordonnés autour des différentes composantes de la réponse (soin, logement, aide et accompagnement et présentiel) dans une approche intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi.

Aussi, au-delà de leur mission actuelle de coordination des actions de prévention, **leurs missions seraient étendues au pilotage, à la mise en cohérence et à l'intégration de toutes les actions du territoire pour l'autonomie (champ handicap, soutien au montage de projets d'habitats inclusifs, soutien aux aidants de personnes en situation de handicap, bientraitance, soutien à la pratique sportive...).**

Des **modes d'évaluation des politiques de l'autonomie** dans les territoires devront également être construits par les conférences pour l'autonomie **à partir d'un socle national** permettant la prise en compte de la singularité de la personne, de sa liberté de choix, des diversités et de contraintes locales afin de **mesurer l'impact financier des actions pour l'autonomie** :

- > **sur le financement de chacune des fonctions** ;
- > **pour le financement d'autres objectifs nationaux, territoriaux** tels que les politiques qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi.

Les conférences pour l'autonomie auraient pour missions de **piloter, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer** :

- > l'égal accès aux droits et aux biens pour tous les citoyens en **simplifiant l'accès à l'information et à la réponse pour tous les citoyens**, quels que soient leur âge, leur situation de handicap, de maladie, leur mode, niveau et lieu de vie ;
- > la simplification et la coordination de l'action des décideurs et financeurs des politiques de l'autonomie dans les territoires en mettant en place, à partir des dispositifs existants, des outils permettant la coordination des décisions et la mutualisation des financements publics et/ou privés (GIP, contrats locaux, conventionnements nationaux et locaux) ;
- > la prise en compte des spécificités géographiques, démographiques, historiques, culturelles des territoires, des contraintes d'aménagement des territoires dans la construction des réponses apportées à nos concitoyens ;
- > l'accompagnement des territoires les plus fragiles afin de permettre l'accès à des réponses choisies et équitables sur tout le territoire de la République ; en zone rurale, urbaine, péri-urbaine, dans les territoires d'outre-mer ;
- > la pleine et entière intégration des instances, dispositifs de pilotage et de coordination des politiques et des interventions pour l'autonomie des personnes dans les territoires ;
- > la mise en complémentarité des actions de toutes les parties prenantes nationales/territoriales, privées/publiques, dont l'action est structurante pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans les territoires.

Méthode de préfiguration et de déploiement

Conformément à ses orientations prospectives 2018, le conseil de la CNSA préfigurera cette méthode dans les prochains mois, à partir de dynamiques ou d'actions d'ores et déjà engagées par les parties prenantes des territoires. Cette méthode ne constitue en aucun cas un nouveau cadre normatif mais bien une méthode partagée, ascendante, ouverte et flexible adaptée aux diversités locales, dont les territoires devront s'emparer.

Cette préfiguration pourrait constituer une mesure à court terme permettant d'alimenter la réforme Autonomie et Grand Âge, d'assurer dès à présent, une meilleure utilisation des ressources du territoire et d'estimer les justes besoins de financement pour l'autonomie des personnes. L'année 2019 serait consacrée à la conclusion de partenariats et à la préfiguration de la mise en œuvre de cette méthode d'orientation par les territoires et à l'accompagnement des initiatives existantes.

Principes

- > **Préfigurer avec et pour les parties prenantes du territoire ;**
- > **pour assurer la cohérence et l'intégration des fonctions de la réponse ;**
- > **et en mesurer l'impact :**
 - une mesure à court terme ;
 - un socle national partagé prenant en compte les diversités et les contraintes locales ;
 - un accompagnement et une autonomie d'organisation des parties prenantes territoriales, locales.

Méthode

- > **Préfigurer sur plusieurs territoires diversifiés ;**
- > **expérimenter et évaluer** sur plusieurs niveaux des méthodes de construction et d'intégration des réponses ;
- > accès simplifié à la réponse, *design* de la réponse, intégration des dispositifs de coordination, GIP ou conventionnement pour permettre l'allocation des financements partagés, mutualisés ou la conclusion de partenariats...

À partir de l'approche domiciliaire « vivre chez soi » : assurer des réponses prenant en compte tous les facteurs décisionnels des choix résidentiels de la personne

Définir, reconnaître et organiser le financement de la réponse aux besoins présents de la personne

Préfigurer des modèles présents innovants : permettre et reconnaître l'accompagnement humain de la personne à domicile

Le département des Landes et le groupe La Poste ont mené une expérimentation ayant pour objectif d'organiser et de coordonner des actions de prévention, d'accompagnement au domicile pour permettre aux personnes quel que soit leur âge, de rester vivre à domicile le plus longtemps possible. Après deux ans de projet de recherche et développement porté par la direction de la solidarité du département des Landes, une quarantaine de seniors âgés (75 ans en moyenne) ont bénéficié de ce dispositif opéré par La Poste et qui va être généralisé en 2019 sur le territoire landais (2 500 personnes d'ici 2024). Un accompagnement humain personnalisé par un postier dédié et spécifiquement formé en gérontologie est proposé. Cet accompagnement est ouvert sur l'écosystème local et cherche à mutualiser les repérages, avec mise en place de services humains ou technologiques de prévention (tablette numérique Ardoiz, jeux cognitifs et de mémoire, téléassistance simple ou avec actimétrie reliée au service départemental d'incendie et de secours des Landes, éclairage nocturne automatisé, visite de lien social par les facteurs, livraison de médicaments...). Il s'adapte dans le temps aux besoins réels des seniors. Le modèle de généralisation repose sur une délégation de service public à une société d'économie mixte à opération unique (SEMOP) et un multi-financement. Le dispositif a également été expérimenté avec succès dans l'Aisne et dans l'Eure via les conférences des financeurs. **À partir de l'étude de ce modèle innovant, des données recueillies dans le cadre de cette expérimentation et de son déploiement, le conseil de la CNSA développera sa définition de la fonctionnalité présente de la réponse et évaluera les besoins de financement liés. Cette étude permettra également d'identifier de nouveaux leviers pour simplifier et assurer l'accès à l'information et à la réponse quel que soit le lieu où vit la personne.**

Expérimenter un nouveau modèle de financement des SAAD

Ce modèle prendrait en compte toutes les dimensions, contraintes d'une approche domiciliaire quel que soit le lieu de vie de la personne dans le cadre d'une valorisation des actions des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Transformer le modèle pour permettre aux personnes, quel que soit leur âge, d'habiter dans toutes les dimensions de l'approche domiciliaire « vivre chez soi »

IDÉE 1 Construire un référentiel d'évaluation de la qualité des services selon une approche domiciliaire par et pour la personne / par et pour le professionnel

En lien avec l'ARS et la mairie de Bordeaux, une expérimentation mobilisant les centres communaux d'action sociale (CCAS), un panel d'établissements et services pour personnes âgées, sera menée sur la région Nouvelle Aquitaine et soutenue par le conseil de la CNSA. L'objectif sera de co-construire (étape 1) et d'expérimenter (étape 2) un cadre référentiel et des indicateurs d'évaluation de la qualité des services rendus selon une approche domiciliaire reposant sur un principe d'écoute et de satisfaction des personnes, des familles et des professionnels. La logique domiciliaire devra être affirmée et étendue pour prendre en compte toutes les dimensions du choix de la personne autour de sa relation au chez-soi quels que soient son âge, son type de handicap, quels que soient son lieu de vie, ses besoins d'accompagnement à l'autonomie ou de soins. L'approche devra prendre en compte tant les contingences de l'établissement et du service que les dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la réponse par la personne dans sa relation au chez-soi. Cette expérimentation, dans son évaluation de la qualité de la réponse, devra également tenir compte de la qualité de l'action du prescripteur dans son rôle d'information, d'évaluation, d'élaboration des plans d'aide. Les habitants du territoire devront nécessairement être au cœur de cette démarche.

D'autres régions, territoires, seront progressivement associés à cette démarche.

Pour permettre l'accompagnement et le déploiement de cette démarche dans tous les territoires, des objectifs et des indicateurs nationaux, permettant la prise en compte de ces dimensions de la relation au chez-soi, des priorités et des diversités locales seront établis en parallèle (étapes 2 et 3). L'objectif sera également de permettre leur prise en compte dans les modalités d'allocation des ressources aux parties prenantes locales et d'évaluer l'impact de toutes leurs actions sur les dépenses publiques ne relevant pas du financement des politiques pour l'autonomie.

IDÉE 2 : Prendre en compte une fonctionnalité logement de la réponse respectueuse des choix résidentiels de la personne

IDÉE 3 : Penser, organiser les actions présentes en établissement

Afin de permettre à chacun de nos concitoyens de vivre sa vie dans une véritable relation au chez-soi, le conseil de la CNSA s'appuiera sur un panel d'EHPAD en cours d'identification sur plusieurs territoires et proposera une méthode, des indicateurs et des mesures de transformation.

IDÉE 4 : Intégrer les dispositifs de coordination et inscrire en cohérence les actions pour l'autonomie des personnes dans les territoires

Afin de mieux utiliser les ressources, d'inscrire en cohérence les actions pour l'autonomie des personnes dans les territoires, il importe de permettre **l'intégration territorialisée des instances et dispositifs de coordination pour l'autonomie selon une approche domiciliaire**. La mise en œuvre de cette méthode d'intégration territorialisée et la gouvernance partagée de ces dispositifs de coordination seraient confiées aux conférences pour l'autonomie dans les territoires.

Cette méthode d'intégration concerne, à différents niveaux, toutes les instances, dispositifs, interventions dont l'action est structurante pour l'autonomie des habitants du territoire : CLIC, MAIA, PTA¹¹, pôles de compétences et prestations externalisées et tous les autres dispositifs de coordination.

Afin d'assurer une approche domiciliaire et continue de l'accompagnement de la personne à l'autonomie depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie, du sanitaire à l'accompagnement social, l'intégration des actions pour l'autonomie assurée par les parties prenantes sanitaires – des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment – devra également être préfigurée et organisée progressivement.

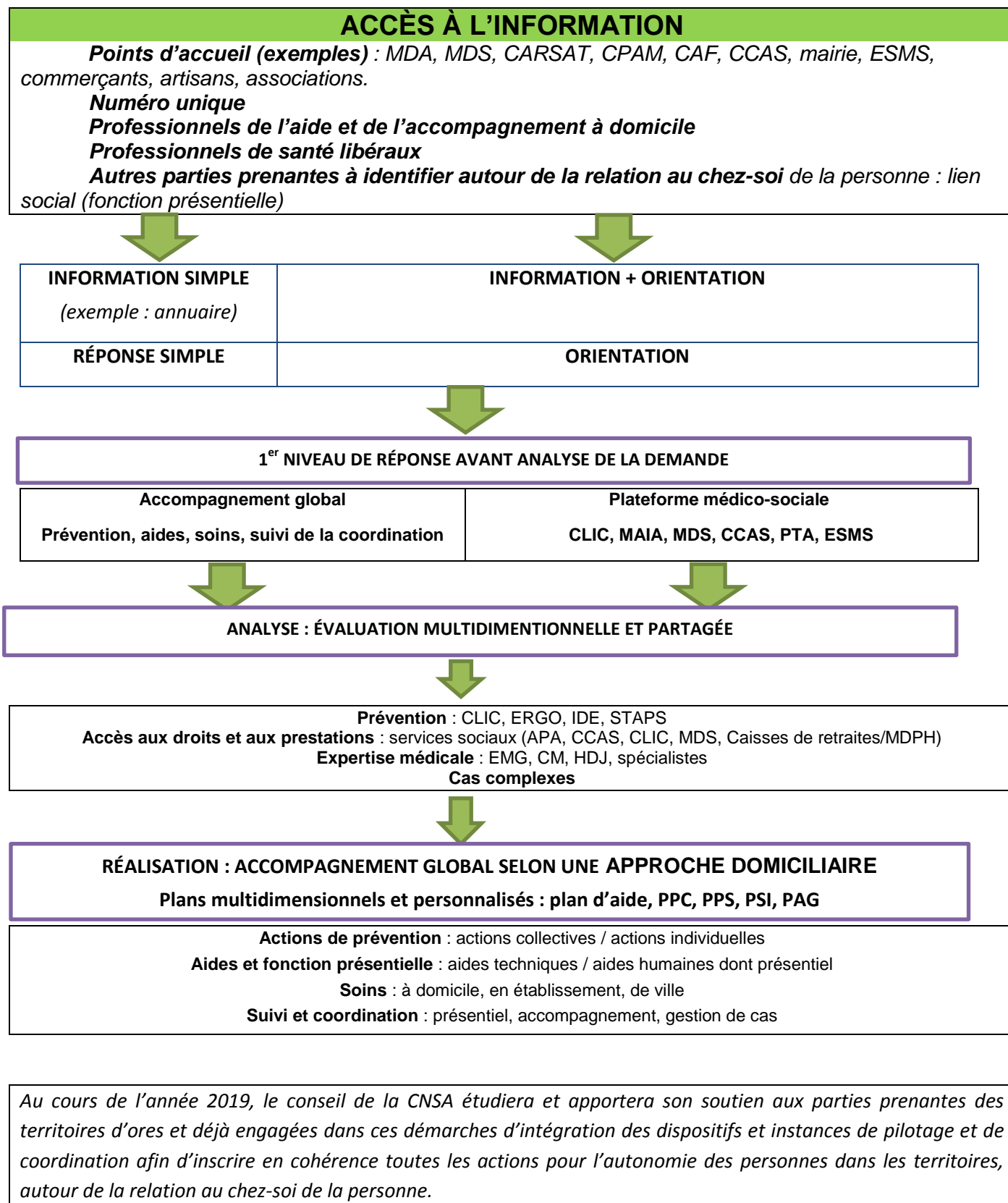
Elle repose sur une intégration progressive, à différents niveaux, des actions de prévention et de coordination autour de la personne assurées par les parties prenantes du logement, du soin, de l'aide et de l'accompagnement et du présentiel.

- > Des **niveaux stratégiques des instances de pilotage stratégique dans la gouvernance** des conférences pour l'autonomie (*exemples : COPIL PAERPA, TCS MAIA, PTA, CFPPA, COMEX, COPIL RAPT¹²...*) ;
- > Des **niveaux opérationnels parties prenantes de la fonction agentielle des conférences pour l'autonomie** : gestionnaires de cas, professionnels du logement, du soin, de l'accompagnement, assurant des fonctions présentiels, mairies, CCAS, professionnels de soin, de l'aide et de l'accompagnement à domicile, des opérateurs privés par délégation de service public ...

¹¹ CLIC : centre local d'information et de coordination ; MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; PTA : plateforme territoriale d'appui.

¹² COPIL : comité de pilotage ; PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ; TCS : table de concertation stratégique ; PTA : plateforme territoriale d'appui ; CFPPA : conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ; COMEX : comité exécutif ; RAPT : Réponse accompagnée pour tous.

3. 2 Organiser un accès simplifié et intégré de l'accès à l'information et à la réponse en s'appuyant sur tous les lieux d'accueil et en mobilisant à partir du chez-soi de la personne toutes les parties prenantes de l'hyper-proximité



Mettre en place les conférences pour l'autonomie dans les territoires

Le conseil de la CNSA engagera des travaux en lien avec l'ADF et les parties prenantes des territoires afin de proposer un cadre d'orientation et une méthode opérationnelle d'orientation permettant la mise en place des conférences pour l'autonomie dans les territoires.

La méthode pourrait faire l'objet d'une mesure à court terme et être préfigurée par le conseil de la CNSA au cours de l'année 2019, à partir d'un échantillon de territoires représentatifs.

La fonction agentielle de la CNSA serait affirmée et renforcée en proximité afin de permettre l'accompagnement des territoires les plus en difficulté.

Il s'agira d'inscrire cette préfiguration dans une contractualisation plus « personnalisée » c'est-à-dire en lien avec les contextes départementaux, plus exigeante en termes d'engagements pour garantir plus d'équité territoriale et de qualité dans les pratiques mais aussi plus réciproque avec des contreparties de la part de la CNSA – animation, *benchmark*, appui renforcé selon les contextes et besoins spécifiques des territoires, le cas échéant, soutien financier modulé dans l'esprit des conventions en cours d'élaboration dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Un premier temps d'échanges se tiendra à la fin du mois de mars dans le département des Landes avec le CDCA et la conférence des financeurs de prévention de la perte de l'autonomie.

Expérimenter des supports juridiques, outils permettant le partage ou la délégation des compétences et des financements

- Des supports juridiques plus souples, plus efficaces, adaptés aux contextes et contraintes des territoires pour renforcer la confiance entre les parties prenantes des territoires (un principe de libre choix de l'outil) ;
- des supports juridiques permettant la réunion des décideurs et financeurs publics des politiques pour l'autonomie et la définition et la mise en œuvre de stratégies communes ou complémentaires pour la répartition des financements partagés (exemple : GIP) ;
- des conventionnements individualisés entre les différentes parties prenantes réunies permettant l'inscription des actions en complémentarité au-delà et dans la lignée des programmes d'action ;
- des conventionnements avec d'autres parties prenantes externes.

Les conférences pour l'autonomie pourraient être dotées d'un GIP réunissant les décideurs et financeurs des politiques pour l'autonomie du territoire. Le GIP pourrait permettre la définition et la mise en œuvre de stratégies et de méthodes communes ou complémentaires pour la répartition des financements partagés pour l'autonomie des personnes et la sanctuarisation des financements dédiés. Il pourrait également déléguer des compétences (DSP) et des financements pour l'autonomie aux parties prenantes locales.

Le GIP présente de nombreux avantages :

- gouverné par l'association des parties prenantes, il assure la **transparence des politiques publiques** et garantit la bonne fin des financements des politiques territoriales de protection sociale ;

- > il permet également de **sanctuariser et d'extraire les financements pour l'autonomie alloués aux conseils départementaux de leurs dépenses de fonctionnement** dont l'évolution est plafonnée ;
- > il permet **l'allocation de financements pluriannuels au GIP** ayant vocation à permettre l'accompagnement des parties prenantes du territoire dans la transformation et sur la durée ;
- > il assure une **meilleure utilisation des ressources** du territoire en permettant la mise en cohérence des stratégies, actions et financements pour l'autonomie.

Dans le cadre du choix du GIP :

- > **des conventionnements de la CNSA avec le GIP** pour les compétences et actions partagées et les parties prenantes des territoires pour les compétences propres ;
- > **des conventions et des partenariats au niveau national** pour financer de manière décloisonnée les différentes composantes de la réponse, la coordination, la transition et allouer les financements à répartir au et par le GIP.

En lien avec l'ADF et en lien avec la démarche de conventionnements « nouvelle génération » engagée, le conseil de la CNSA propose de préfigurer et d'expérimenter de nouveaux outils permettant le partage ou la délégation des compétences et des financements pour l'autonomie dans les territoires.

La CNSA : une réponse innovante pour nos concitoyens fragilisés par l'âge ou le handicap

Créée par la loi du 30 juin 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est une institution de « nouvelle génération » dans notre système de protection sociale.

Au lendemain de la canicule de 2003, le législateur a voulu doter notre pays d'une capacité de réponse innovante pour nos concitoyens fragilisés par l'âge ou le handicap.

La CNSA est une *caisse* chargée d'allouer les concours de l'assurance maladie augmentés des ressources propres de la Caisse (Journée de solidarité, contribution additionnelle solidarité autonomie, etc.) aux agences régionales de santé et aux départements qui partagent avec l'État la responsabilité de ces politiques de protection sociale.

La CNSA est aussi une *agence* chargée d'animer les réseaux, ARS, MDPH, de conventionner avec de nombreux partenaires afin de soutenir leur capacité d'ingénierie de réponse, leur capacité d'innovation, leur investissement, partout sur notre territoire de métropole et des outre-mer.

La CNSA est chargée de veiller au **respect de l'égalité de traitement pour toutes les personnes quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé sur tout le territoire**. Elle affecte les ressources et apporte un appui technique aux acteurs locaux. Elle agit comme un lieu d'échange et de convergence des pratiques, en favorisant leur harmonisation sur le territoire national.

Le conseil de la CNSA réunit l'ensemble des parties prenantes nationales et territoriales des politiques de l'autonomie (État, départements, collectivités locales, caisses de Sécurité sociale, organisations patronales et syndicales, associations représentant les personnes et leur famille, associations représentant les professionnels...). Ce mode de gouvernance doit garantir le respect de la bonne affectation de l'effort consenti par les Français pour le financement des politiques pour l'autonomie, sa juste répartition en fonction des besoins des personnes quel que soit leur âge, leur situation de handicap et de santé, dans tous les territoires de la République. Il doit pour cela veiller à l'égalisation de leur capacité à répondre aux attentes et aux questionnements de certains publics qui ne seraient pas pris en considération en l'état (handicap psychique, handicap survenu après 60/75 ans, etc.).

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



CNSA

66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14

Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr