

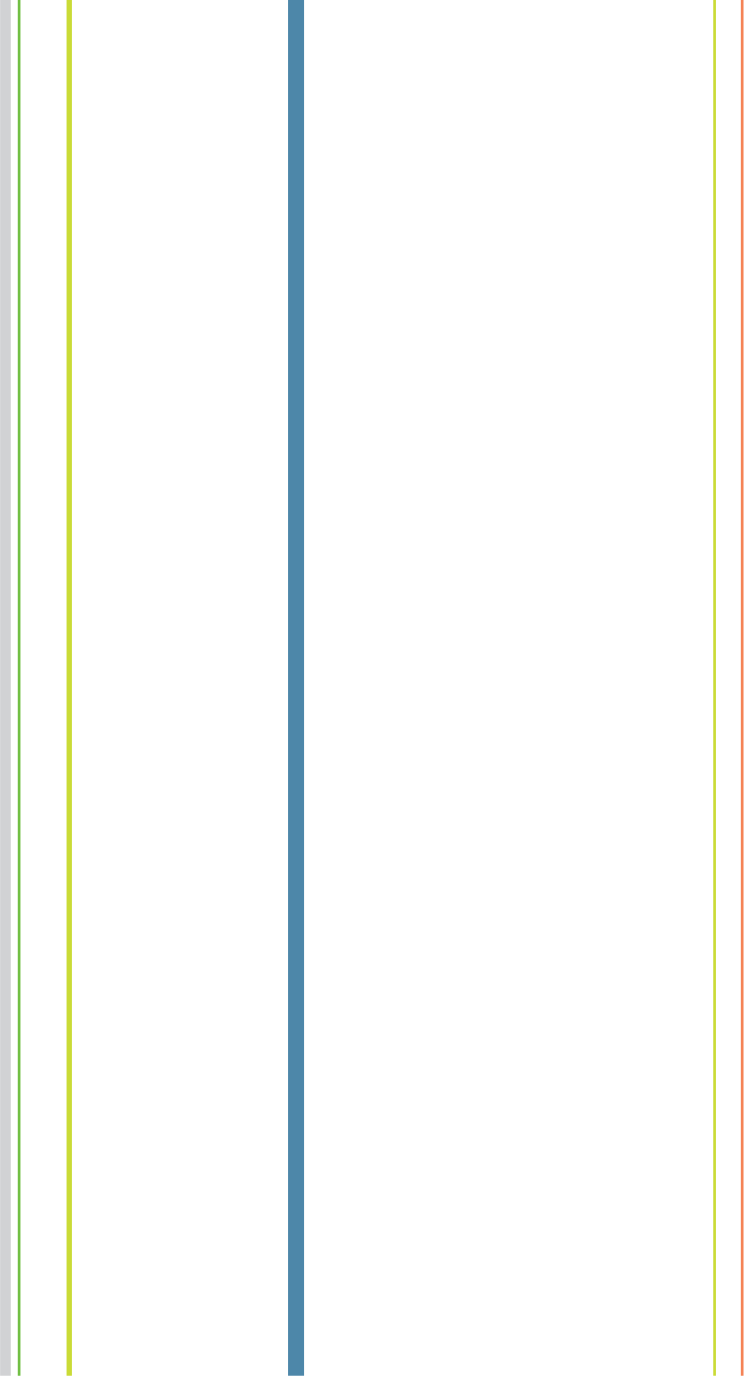


 **CNSA 2007**

# Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Construire un nouveau champ de protection sociale





La loi du 11 février 2005 prévoit que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie présente chaque année un rapport au Parlement et au gouvernement.

C'est l'objet du présent rapport, adopté par le Conseil de la CNSA le 16 octobre 2007.

04	<b>PRÉAMBULE</b> <b>2007 : une année marquée par la diversification des actions et la consolidation des méthodes de travail</b>
05	Un statut et des missions s'appuyant sur des principes forts
05	2006 et 2007 en quelques faits marquants
06	Un mode de gouvernance réunissant l'ensemble des acteurs et organismes concernés
07	Une équipe aux compétences diversifiées
08	Composition du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
13	Les membres du Conseil scientifique de la CNSA

I 4	<b>CHAPITRE I</b> <b>Le budget de la CNSA</b> <i>Contribuer avec transparence et équité aux financements des diverses modalités de l'accompagnement à l'autonomie</i>
I 6	Le schéma général des ressources et emplois de la CNSA (budget 2007)
I 6	L'emploi de la contribution de solidarité pour l'autonomie en 2007
I 7	Le budget 2007 section par section
20	Plusieurs travaux allant dans le sens de plus d'intelligibilité budgétaire et financière

22	<b>CHAPITRE II</b> <b>L'allocation des moyens aux établissements et services médico-sociaux</b> <i>Promouvoir une offre de structures répondant à la diversité des besoins</i>
24	La procédure d'allocation budgétaire : un calendrier rigoureux et des délais respectés
24	Les PRIAC de seconde génération : une méthodologie renouvelée
27	L'introduction d'une véritable pluriannualité dans la programmation des enveloppes financières : une innovation décisive dans l'allocation de la ressource

28	La rénovation du bâti : deux plans d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux
31	Un accompagnement de la promotion professionnelle des personnels en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
31	Une démarche favorisant l'intelligibilité des coûts de fonctionnement de l'offre
32	<b>CHAPITRE III</b> <b>Compensation pour l'autonomie</b> <i>Accompagner les dispositifs locaux en développant une fonction d'appui et d'animation active et diversifiée</i>
34	La montée en régime des maisons départementales des personnes handicapées : une adaptation continue de l'aide financière
34	Le processus de conventionnement avec les départements
35	Les actions de formation et la participation des maisons départementales des personnes handicapées à l'élaboration progressive d'un thésaurus de bonnes pratiques
38	Usagers, associations, professionnels : une démarche de culture partagée
39	Activité des maisons départementales des personnes handicapées : premières synthèses nationales

# Sommaire

## 42 CHAPITRE IV **Les aides techniques et humaines** Améliorer l'efficacité et le bon usage des aides techniques et la professionnalisation des aides humaines qui concourent à l'autonomie

- 44 Les aides techniques : garantir la transparence de leur production, de leur distribution et de leur usage
- 46 Les aides humaines : promouvoir la professionnalisation des acteurs de l'aide à domicile et moderniser l'organisation des services d'accompagnement

## 48 CHAPITRE V **Mieux savoir pour mieux agir** Poursuivre l'approfondissement des connaissances, promouvoir l'innovation et développer les partenariats

- 50 La poursuite de l'installation du système d'information
- 53 Le Conseil scientifique : garant de la fiabilité scientifique des connaissances et méthodes de la CNSA
- 54 Construire une politique scientifique s'inscrivant dans une logique partenariale et de réseaux
- 56 Les expériences innovantes soutenues par la section V du budget de la Caisse
- 58 Plusieurs conventions passées avec les organismes partenaires

## 60 CHAPITRE VI **Solidarité pour l'autonomie** Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale

- 63 POURQUOI FAIRE ?  
Les raisons qui font que le statu quo n'est pas envisageable
- 70 COMMENT FAIRE ?  
Les principes qui doivent guider l'action
- 76 QUOI FAIRE ?  
Les composantes d'une réponse et les points possibles de la concertation
- 94 AVEC QUELS MOYENS ?  
Un enjeu financier sérieux, mais qui n'apparaît pas hors de portée d'un arbitrage de priorités au sein des finances publiques

2007: une année marquée par la diversification des actions et la consolidation des méthodes de travail.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), installée en mai 2005, a pour mission « dans la limite des ressources qui lui sont affectées de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ».

Organisme récent, la CNSA participe de cette ambition nouvelle de la protection sociale, qui vise à ouvrir à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale. Elle le fait en tant que Caisse appelée à garantir des financements publics unifiés et autonomes, elle le fait en tant qu'agence d'appui aux opérateurs de proximité dans les départements.

En ouverture de ce second rapport annuel d'activité de la CNSA, il n'est pas inutile de rappeler les principes qui gouvernent ses missions, l'originalité de sa gouvernance et la diversité de ses modes d'intervention.

## Préambule

## Un statut et des missions s'appuyant sur des principes forts

La CNSA n'est pas seulement un organisme collecteur et répartiteur de crédits, mais également un espace d'élaboration de propositions et de diffusion de bonnes pratiques, facilitant la mise en œuvre et l'évolution des dispositifs d'accès à l'autonomie, dans leurs multiples dimensions. Trois principes en découlent : proximité, égalité, qualité.

### Proximité

L'ajustement de réponses pertinentes de la collectivité au projet de vie de chacun de nos concitoyens, fragilisés par une limitation d'activité ou une restriction de participation à leur vie sociale, suppose un dispositif piloté au plan local, et à ce titre un rôle central des départements. C'est pourquoi l'État a confié à la CNSA le soin d'assurer des échanges d'expériences et d'informations, en apportant son appui aux collectivités départementales, aux échelons déconcentrés de l'État et aux usagers eux-mêmes, pour accompagner les coordinations nécessaires et faire émerger des pratiques de réseaux.

### Égalité

Les modes de réponse aux demandes individuelles de compensation, les apports financiers de la Caisse aux départements pour conforter les deux prestations (Allocation personnalisée d'autonomie et Prestation de compensation du handicap) permettant de compenser les besoins d'accompagnement à l'autonomie, ainsi que la répartition des crédits affectés au fonctionnement des établissements et services et à leur développement, nécessitent des pratiques harmonisées et des allocations de ressources correctrices des disparités observées.

### Qualité

Les politiques gérontologique et du handicap doivent s'accompagner d'une appréciation de leur efficacité : évaluation des besoins individuels et collectifs (et anticipation de leurs évolutions), des aides techniques et humaines à promouvoir, des dispositifs de proximité organisant les diverses réponses aux situations qui portent atteinte à l'autonomie, du bon usage des ressources affectées aux établissements et services...

Ces trois principes fondateurs constituent le fil conducteur de l'activité de la CNSA telle qu'elle est retracée dans les cinq premiers chapitres de ce rapport. Ces valeurs sous-tendent également les considérations relatives à l'émergence d'un « nouveau champ de protection sociale » développées dans le dernier chapitre du rapport.

## 2006 et 2007 en quelques faits marquants

Les chapitres 1 à 5 du rapport retracent la nette montée en charge des actions conduites. Sans toutes les résumer, six d'entre elles méritent une mention particulière :

- une plus grande transparence et traçabilité des flux financiers transitant par la CNSA, grâce notamment à l'instauration de suivis mensuels, d'échanges d'information avec les départements, de conventions fonctionnelles avec les opérateurs financiers partenaires, de recherche d'une gestion optimale de la trésorerie.

- la programmation et la répartition des dotations finançant le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, au moyen d'une procédure et d'un calendrier budgétaire plus rigoureux, la mesure plus homogène des besoins exprimés, des critères de priorité plus pertinents et l'introduction de la pluriannualité dans l'attribution des budgets.

- le processus de conventionnement avec chacun des cent départements<sup>1</sup>, au titre de l'appui à la qualité de service rendu par leur MDPH.

- le bon usage et la connaissance des prix des aides techniques.

... suite page 6

<sup>1</sup> et non pas 102, car Mayotte et Saint Pierre et Miquelon sont couverts par des dispositions législatives spécifiques

## ... suite

des faits marquants

■ l'installation progressive du système d'information nécessaire au suivi des politiques conduites, dans leurs diverses composantes.

■ la mise en place d'un programme de travail structuré du Conseil scientifique, l'accompagnement financier d'actions innovantes et la promotion des partenariats formalisés dans l'évaluation des besoins et l'accompagnement à l'autonomie.

Ces orientations pour l'action, ces valeurs qui guident l'engagement quotidien, ce socle commun qui se construit quotidiennement depuis deux ans, ont très naturellement soutenu les membres du Conseil dans leur réflexion partagée sur l'émergence d'un « nouveau champ de protection sociale », les conduisant à repérer leurs points d'accord ou de compromis et à identifier les clivages majeurs de points de vue, comme autant d'éléments pour la concertation à venir avec les pouvoirs publics.

## Un mode de gouvernance réunissant l'ensemble des acteurs et organismes concernés

Le Conseil de la CNSA définit les grandes orientations de la Caisse et délibère sur les principes directeurs de ses activités. L'originalité et la diversité de sa composition font de cette instance un véritable espace public de confrontation d'idées et de propositions concourant à l'élaboration des politiques publiques d'aide à l'autonomie. Il réunit ainsi des représentants du Parlement, des administrations de l'État, des conseils généraux, des partenaires sociaux, du monde associatif, des institutions et des professionnels du secteur médico-social, ainsi que plusieurs personnalités qualifiées.

Au titre de sa fonction d'agence, la CNSA se doit de contribuer aux réflexions sur l'évolution, la modernisation et l'organisation technique et financière des politiques conduites dans le champ de la gérontologie et du handicap. Le chapitre V du présent rapport témoigne des missions de la CNSA en matière de prospective, d'études, de recherche, d'expertises et de comparaisons internationales. C'est pour orienter et valider les travaux conduits ou commandités dans ce domaine que la loi a installé au sein de la Caisse un Conseil scientifique, qui rend également un avis annuel sur les aspects scientifiques et techniques liés à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et la CNSA (cf. l'avis reproduit en annexe 2).

Le Conseil scientifique est fortement pluridisciplinaire puisqu'il rassemble, outre les principaux organismes de recherche concernés, des médecins de spécialités diverses et des personnalités qualifiées issues de multiples disciplines (sociologie, anthropologie, économie, épidémiologie, recherche en santé publique...).



## Une équipe aux compétences diversifiées

En écho à la diversité de composition des instances de gouvernance de la Caisse, l'équipe permanente de la CNSA (environ 80 personnes) est formée de professionnels issus de multiples horizons : administratifs de la fonction publique d'État (administration centrale comme services déconcentrés) ou de la fonction publique territoriale ou hospitalière, agents des caisses de protection sociale, juristes, financiers, comptables, économistes, sociologues, statisticiens, informaticiens, ingénieurs, médecins et professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, experts en organisation et méthodes...

Cette pluralité des origines s'était rassemblée en 2006 autour de la rédaction d'un projet de service. En 2007, l'accent a été mis sur l'élaboration d'un ensemble de procédures internes formalisées afin d'accompagner le travail quotidien dans un environnement qui exige – par l'effet de la croissance de la Caisse – une structuration toujours plus grande.

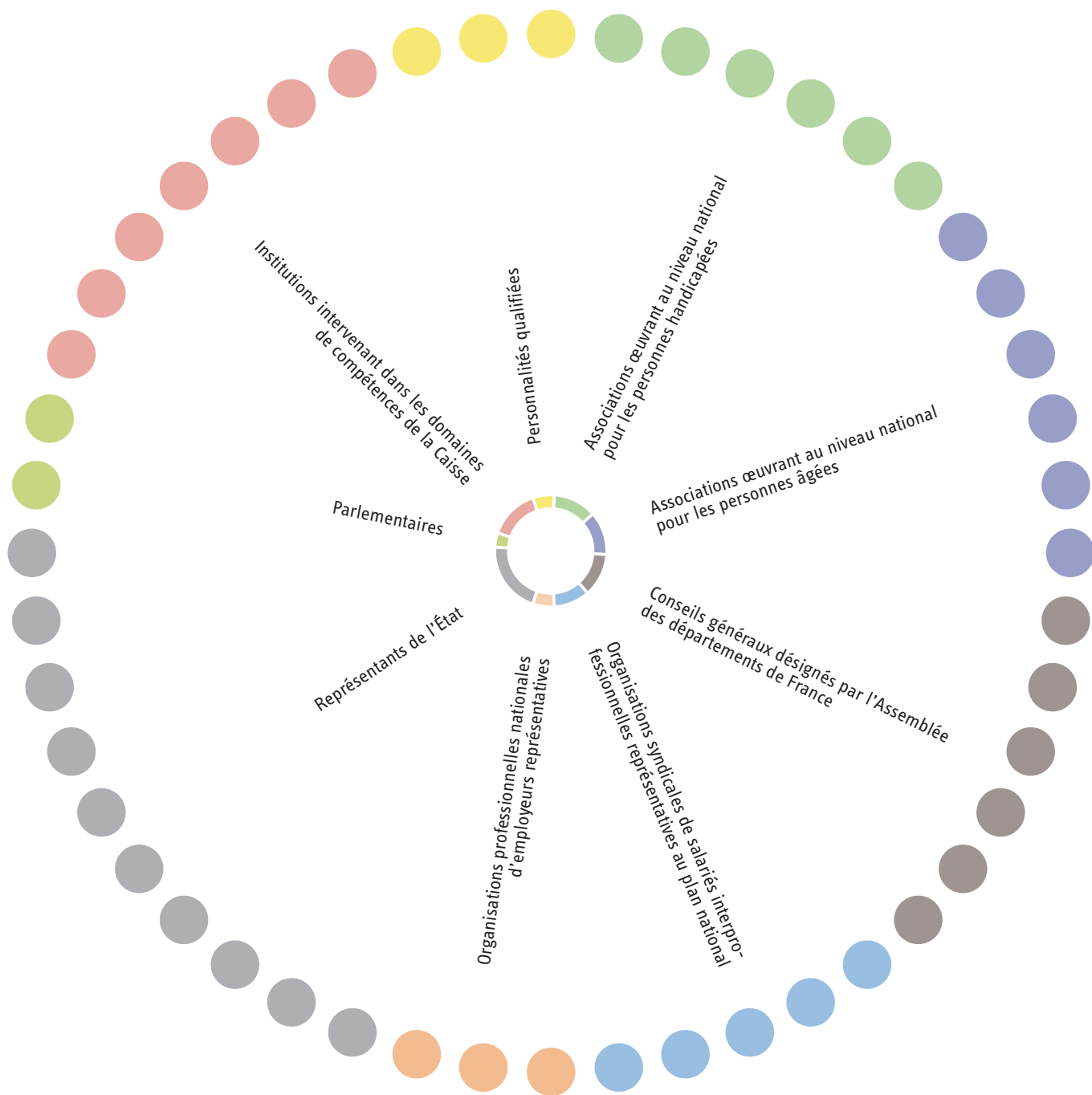
À l'égard de tous ses correspondants extérieurs la CNSA est amenée à adopter, par la nature même de ses missions, une démarche participative et de concertation, fondée sur l'animation de réseaux et la construction de partenariats, tant avec les services de l'État, les conseils généraux et leurs services, les usagers et leurs représentants, qu'avec les divers organismes nationaux et de recherche œuvrant dans le champ de l'aide à l'autonomie.

Deux exemples peuvent servir d'illustration, l'un relatif aux relations avec les services déconcentrés de l'État, l'autre qui concerne les conseils généraux, leurs services et leurs maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :

- Conformément à la COG conclue avec l'État, la CNSA développe désormais, tout au long de l'exercice budgétaire, des échanges techniques et fonctionnels avec les services déconcentrés de l'État (DRASS, DDASS), sur le contenu des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), les modalités de répartition des enveloppes régionales et départementales et la détermination des enveloppes d'anticipation sur les exercices ultérieurs. Ces échanges prennent la forme de réunions organisées au plan régional ou national, de conférences téléphoniques, de correspondances et de contacts divers.
- S'agissant de l'accompagnement des dispositifs locaux de compensation des besoins d'autonomie, et notamment la montée en régime des MDPH, la CNSA a assuré une fonction d'appui aux conseils généraux et, sous le couvert des présidents de conseil général qui en président la commission exécutive, d'animation du réseau des MDPH. En témoignent les conventions personnalisées conclues avec chaque conseil général, à l'issue d'entretiens très approfondis, ainsi que les actions de formation et la participation active des MDPH à l'élaboration d'un recueil de bonnes pratiques.

# Composition du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le Conseil de la CNSA rassemble tous les acteurs impliqués dans l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées



---

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

- **Jérémy Boroy**,  
Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs  
**Suppléante Brigitte Idziak**,  
Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques
- **Jean Canneva**,  
Union nationale des amis et familles de malades mentaux  
**Suppléant Henri Faivre**,  
Comité de liaison et d'actions des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés
- **Philippe Chazal**,  
Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes  
**Suppléant Jean-Claude Cunin**,  
Association française contre les myopathies
- **Jean-Marie Barbier**,  
Association des paralysés de France  
**Suppléant Arnaud de Broca**,  
Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
- **Régis Devoldère**,  
Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales  
**Suppléante Michèle Baron**,  
Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux
- **Fernand Tournan**,  
Association pour adultes et jeunes handicapés  
**Suppléante Régine Clément**,  
Fédération des associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21

---

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

- **Pascal Champvert**,  
Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées  
**Suppléante Marie-Béatrice Levaux**,  
Fédération nationale des particuliers employeurs
- **Janine Dujay-Blaret**,  
Fédération nationale des clubs d'aînés ruraux  
**Suppléant Paul Maloisel**,  
Fédération nationale des associations de retraités
- **André Flageul**,  
Union nationale des associations de soins et de services à domicile  
**Suppléant Thierry d'Aboville**,  
Association d'aide à domicile en milieu rural
- **Benoît Jayez**,  
Union confédérale des retraités FO.  
**Suppléante Marie Rozet**,  
Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat
- **Guy Le Rochais**,  
Association France-Alzheimer  
**Suppléant Didier Sapy**,  
Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées
- **Dr Jean-Marie Vetel**,  
Syndicat national de gérontologie clinique  
**Suppléant Pr Robert Moulias**,  
Association Allô maltraitance personnes âgées

---

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

- **Bernard Cazeau**,  
Sénateur, Président du Conseil général de la Dordogne  
**Suppléante Gisèle Stievenard**,  
Vice-présidente du Conseil de Paris
- **Yves Daudigny**,  
Président du Conseil général de l'Aisne  
**Suppléant Jean-Yves Gouttebel**,  
Président du Conseil général du Puy de Dôme
- **Eric Doligé**,  
Sénateur, Président du Conseil général du Loiret  
**Suppléant Ibrahim Dindar**,  
Vice-président du Conseil général de la Réunion
- **Philippe Juvin**,  
Vice-président du Conseil général des Hauts-de-Seine  
**Suppléante Jacqueline Héricord**,  
Conseiller général des Alpes maritimes
- **Jean-Paul Pourquier**,  
Président du Conseil général de la Lozère  
**Suppléante Brigitte Klinkert**,  
Vice-président du Conseil général du Haut Rhin
- **Marcel Rainaud**,  
Sénateur, Président du Conseil général de l'Aude  
**Suppléant Michel Boutant**,  
Président du Conseil général de la Charente

---

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

- **Madeleine Morice**,  
Confédération générale du travail  
**Suppléante Isabelle Fortier**,  
Confédération générale du travail
- **Yves Verollet**,  
Confédération française démocratique du travail  
**Suppléante Anne-Marie Brisbois**,  
Confédération française démocratique du travail
- **Jean-Marc Bilquez**,  
Confédération générale du travail-Force ouvrière  
**Suppléant Mathias Riboh**,  
Confédération générale du travail-Force ouvrière
- **Jean-Pierre Samurot**,  
Confédération française des travailleurs chrétiens  
**Suppléante Danièle Carbonel**,  
Confédération française des travailleurs chrétiens
- **Danièle Karniewicz**,  
Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres, Présidente de la CNAV  
**Suppléante Solange Morgenstern**,  
Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres

---

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

- **Muriel Carroll**,  
Mouvement des entreprises de France  
**Suppléant Jean-Pierre Diaz**,  
Mouvement des entreprises de France
- **Henri Lesaule**,  
Confédération générale des petites et moyennes entreprises  
**Suppléant Patrice Combarieu**,  
Confédération générale des petites et moyennes entreprises
- **Roselyne Lecoultré**,  
Union professionnelle artisanale  
**Suppléant Marcel Lesca**,  
Union professionnelle artisanale

---

Dix représentant de l'État

- **Jean-Jacques Trégoat**,  
Directeur général de l'action sociale
- **Dominique Libault**,  
Directeur de la sécurité sociale
- **Philippe Josse**,  
Directeur du budget
- **Jean-Louis Nembrini**,  
Directeur général de l'enseignement scolaire
- **Jean Gaeremynck**,  
Délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle
- **Annie Podeur**,  
Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- **Pr Didier Houssin**,  
Directeur général de la santé
- **Marie-Caroline Bonnet-Galzy**,  
Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales
- **Edward Jossa**,  
Directeur général des collectivités locales
- **Patrick Gohet**,  
Délégué interministériel aux personnes handicapées

---

Deux parlementaires

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

---

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

- **Michelle Dange,**  
Fédération nationale de la mutualité française  
**Suppléante Isabelle Millet,**  
Fédération nationale de la mutualité française
- **Alain Villez,**  
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux  
**Suppléant Johan Priou,**  
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- **Christian Möller,**  
Fédération hospitalière de France  
**Suppléante Andrée Barreteau,**  
Fédération hospitalière de France
- **Yves-Jean Dupuis,**  
Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif  
**Suppléante Véronique Covin-Leroux,**  
Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
- **Gérard Pelhate,**  
Mutualité sociale agricole  
**Suppléant Jean-François Belliard,**  
Mutualité sociale agricole
- **Yves Journal,**  
Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées  
**Suppléante Florence Arnaiz-Maumé,**  
Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
- **Patrick Kanner,**  
Union nationale des centres communaux d'action sociale  
**Suppléant Daniel Zielinski,**  
Union nationale des centres communaux d'action sociale

---

**Trois personnalités qualifiées**

- **Pr Michel Borgetto,**  
Université Panthéon Assas, Paris II
- **Alain Cordier,**  
Inspecteur général des finances
- **Pr Alain Franco,**  
Gériatre, CHU de Grenoble

## Les membres du Conseil scientifique de la CNSA

### Les personnalités nommées par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille :

(L'arrêté de nomination des membres du Conseil scientifique est paru le 23 janvier 2006)

- **Charles Aussilloux**  
Pédopsychiatre, PU-PH, chef de service, responsable du centre de ressources régional sur l'autisme de la région Languedoc-Roussillon
- **Jean-Yves Barreyre**  
Sociologue, directeur du Centre d'étude, documentation, information et action sociale et de la délégation ANCREAI Ile-de-France
- **Philippe Denormandie**  
Chirurgien orthopédiste, PU-PH, Hôpital Raymond Poincaré à Garches, groupe Korian
- **Alain Grand**  
Médecin, PU-PH, chercheur en santé publique et sociologie – épidémiologie et sociologie du vieillissement – Toulouse
- **Marie-Eve Joël**  
Économiste, professeure d'université à Paris Dauphine, directrice du LEGOS, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (vice-présidente du Conseil scientifique)
- **Geneviève Laroque**  
Présidente de la Fondation nationale de gérontologie
- **Bernadette Puijalon**  
Anthropologue, Université Paris 12
- **Jean-François Ravaud**  
Médecin directeur de recherche – INSERM – Épidémiologie sociale  
Directeur de l'IFR 25 – RFRH (Réseau Fédératif de Recherche sur le Handicap) – CERMES

- **Jean-Marie Robine**  
Démographe INSERM, démographie et santé, président du comité UIESP longévité et santé
- **Gérard Saillant**  
Chirurgien orthopédiste et traumatologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PU-PH, président de l'Institut du cerveau et de la moëlle épinière (président du Conseil scientifique)
- **Annie Triomphe**  
Économiste – CNRS UMR 8595  
Laboratoire d'économie sociale économie sociale du handicap – Université Paris 1 Tolbiac – directrice de recherche à l'INSERM Matisse – Université Paris 1

### Les membres représentant un ministère ou un organisme :

- Un représentant de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale à nommer
- **Nicole Roth**  
Sous directrice de l'Observation de la solidarité représentant la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé)
- **Antoine Magnier**,  
Directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement)
- **Chantal Brutel**,  
Chef du bureau des études statistiques sur l'enseignement scolaire, Direction de l'évaluation et de la prospective (ministère de l'Éducation nationale)
- **Pierre Baconnier**,  
Chargé de mission « Technologies pour la santé » à la Direction de la recherche et de l'innovation, du Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche
- **Stéphane Jugnot**,  
Chef de la division des enquêtes et études démographiques de l'INSEE, représentant l'INSEE (ministère de l'Économie)
- **Michel Busnel**,  
Médecin, directeur du centre de rééducation fonctionnelle de Kerpape (Morbihan), représentant la Société française de médecine physique et de réadaptation
- **Emmanuelle Cambois**,  
Démographe, représentant l'Institut national d'études démographiques
- **Anne Tursz**,  
Pédiatre, épidémiologiste, directrice de recherche INSERM représentant l'INSERM
- **Régis Gonthier**,  
Médecin, PU-PH, médecine interne et gériatrie – Faculté de médecine de Saint-Etienne représentant la Société française de gériatrie et de gérontologie
- **Bernard Bioulac**,  
Médecin, PU-PH, directeur scientifique adjoint auprès de la direction générale du CNRS, directeur de l'Institut de neurosciences de Bordeaux représentant le CNRS



I

## Le budget de la CNSA

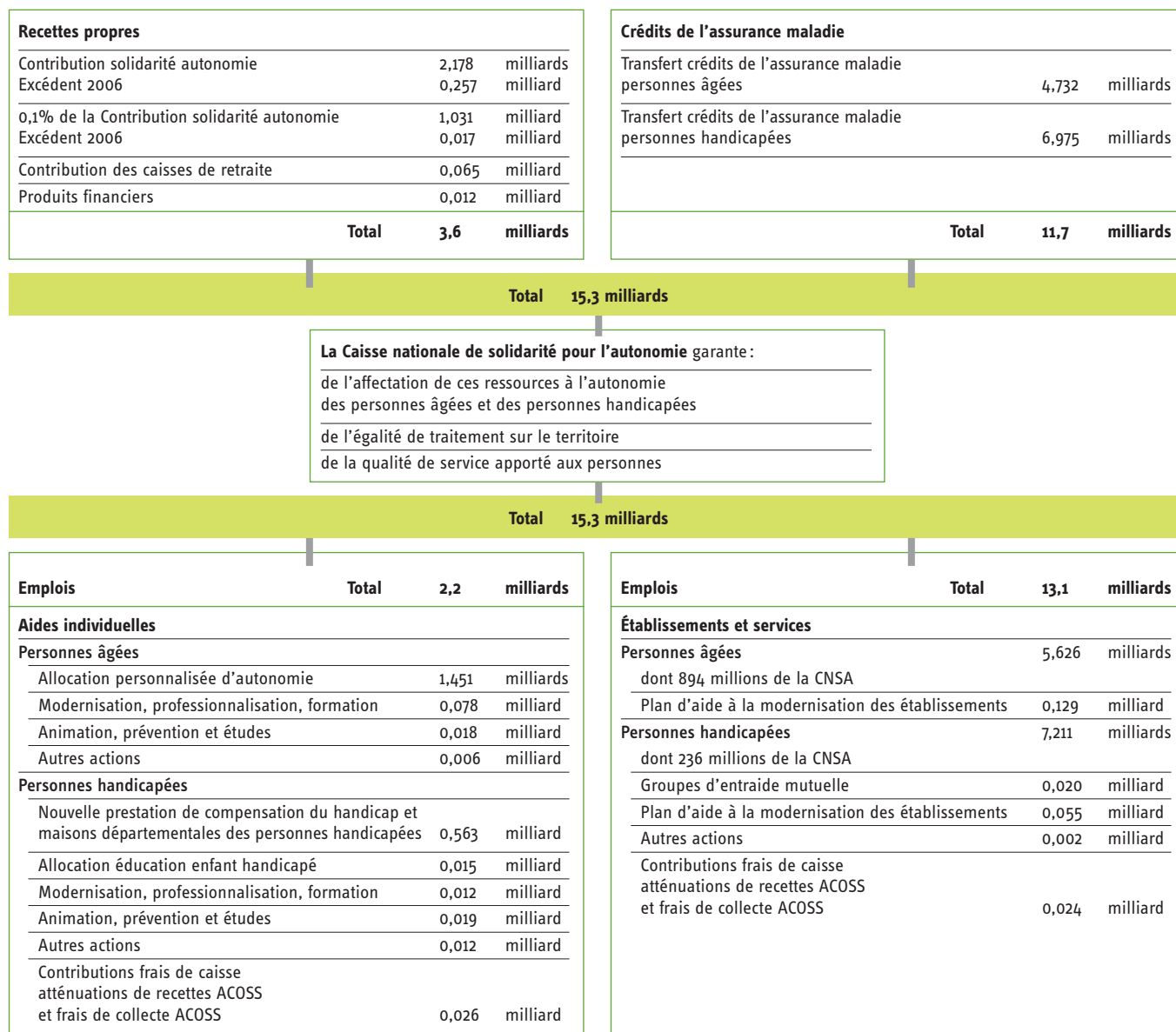
Contribuer avec transparence et équité aux financements  
des diverses modalités de l'accompagnement à l'autonomie





Le budget de la CNSA contribue pour 15,3 milliards d'euros à l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, à domicile ou en structures d'accueil. La CNSA s'attache à la transparence des flux financiers, de manière à consolider la confiance dans la bonne utilisation de l'euro public dépensé et à renforcer la qualité des débats sur les besoins et les perspectives d'avenir. Pour optimiser son action et renforcer son efficacité financière, la CNSA cherche aussi les voies d'innovation dans la gestion publique qui peuvent y concourir.

## Le schéma général des ressources et emplois de la CNSA (budget 2007)



### L'emploi de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) en 2007

60% pour les personnes âgées		
40% pour la prise en charge collective	871	millions
20% pour les aides individuelles (Allocation personnalisée d'autonomie)	436	millions

40% pour les personnes handicapées		
12,74% pour la prise en charge collective	277	millions
27,26% pour les aides individuelles (Prestation de compensation du handicap)	594	millions

## Le budget 2007 section par section

Dans un souci de transparence, le législateur, dans la loi du 11 février 2005, a entendu organiser le budget de la CNSA en six sections distinctes, dont trois sont subdivisées en sous-sections, avec des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des dépenses.

L'objectif poursuivi est de présenter en toute clarté l'origine des produits et la destination des charges de la Caisse, par catégories de financement et de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées).

Les cinq premières sections retracent les financements correspondant aux missions confiées à la CNSA. La sixième est consacrée aux dépenses de gestion de la Caisse.

### **Section I – le financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux: 12 904 M€ en 2007, soit 84,5% du budget de la Caisse**

Cette section est la seule à être abondée par deux catégories de produits de nature bien distincte : des ressources propres à la Caisse et des ressources en provenance de l'assurance maladie. Les produits de cette section correspondent, d'une part, à une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et, d'autre part, à la contribution des régimes d'assurance maladie à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet ONDAM « médico-social », enregistré en produits dans les comptes de la CNSA, ne donne toutefois pas lieu à transfert de trésorerie.

La somme de ces deux contributions financières est désormais dénommée Objectif global de dépenses (OGD).

### **La sous-section 1-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées**

7 253 M€, soit 56,2% des dépenses de la section, en augmentation de 5,4% par rapport à 2006.

Les ressources de cette sous-section consistent en une fraction du produit de la CSA, comprise entre 10% et 14%. Pour 2007, il a été retenu la même fraction qu'en 2006 (12,74%), soit une contribution de la CNSA à hauteur de 277 M€.

La contribution des régimes d'assurance maladie correspond à l'ONDAM « médico-social » pour les personnes handicapées. Il s'élève à 6 975 M€ (montant initial ressortant de la loi de financement de la sécurité sociale, LFSS 2007).

L'OGD, inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées, s'établit à 7 211 M€, dont 236 M€ de contribution de la CNSA.

De fait, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques :

- l'abondement d'un fonds de concours de l'État au titre des groupes d'entraide mutuelle (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 20 M€, plusieurs membres du Conseil exprimant ici leur regret que, sur 2007, des retards administratifs aient ralenti la mise à disposition de ces crédits particulièrement utiles.
- le cofinancement de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007 pour 0,6 M€;
- un prélèvement au profit de la section

IV-2 (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,9 M€.

### **La sous-section 1-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées**

5 651 M€, soit 43,8 % du budget de la section, en progression de 11% par rapport à 2006.

Les ressources de cette sous-section proviennent d'une fraction de 40% du produit de la CSA, soit 871 M€.

La contribution des régimes d'assurance maladie correspond à l'ONDAM « médico-social » pour les personnes âgées qui s'élève à 4 732 M€ (montant initial de la LFSS pour 2007).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 5 626 M€, dont 894 M€ de contribution de la CNSA (ce montant inclut une fraction des excédents 2006 de 48 M€).

Cette sous-section finance également, au même titre que la sous-section 1-1, le budget de l'ANESM pour 0,9 M€, et un prélèvement de 10 M€ est opéré au profit de la section V (sous-section 1) pour le financement des dépenses d'animation, de prévention et d'études.

### **Section II: le concours aux départements pour le financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

Le montant total des ressources de la section est de 1 475 M€. Il correspond à :

- 20 % des ressources de CSA, soit 436 M€;
- 94 % des ressources de CSG, soit 969 M€;
- 64,6 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse;





*Fedossad, services de soutien à domicile et en établissements. Les Roches d'Orgères, maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes à Fleurey sur Ouche, minibus de l'accueil de jour Marguerite Verot à Saint-Apollinaire et domicile protégé Sully à Dijon.*



- 6 M€ de produits financiers (50% de l'estimation des produits financiers de 2007).

Outre le montant du concours APA de 1 451 M€, est également financé sur cette section le remboursement à la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) de la couverture des droits à la retraite des personnes bénéficiaires du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées: 5,7 M€) mis à la charge de la CNSA en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

### **Section III : les concours prestation de compensation du handicap (PCH) et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) versés aux départements**

Le montant total des ressources de la section est de 600 M€, ainsi réparti :

- 27,26 % des ressources de CSA, soit 593,7 M€.
- 6 M€ de produits financiers (50% de l'estimation des produits financiers de 2007).

En plus du concours PCH de 513 M€, la section III permet également le financement :

- du concours versé aux conseils généraux, au titre du fonctionnement des MDPH, fixé par le Conseil du 3 juillet à 50 M€ en 2007 ;
- du remboursement à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour parent isolé, créée par l'article 68 de la loi du 11 février 2005 (article L.541-4 du CASF), à hauteur de 15 M€ en 2007.
- du remboursement à la CNAF de la couverture des droits à la retraite des

personnes bénéficiaires du congé de soutien familial, en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (part correspondant aux personnes handicapées: 4,8 M€).

### **Section IV : le financement des actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service**

Cette section reprend l'essentiel des missions de l'ancien fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD). En application de la LFSS pour 2007 (article 89), cette section a été subdivisée en deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées.

Les ressources de la section IV-1 sont fixées par arrêté interministériel à 6% des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 61,9 M€.

Les ressources de la section IV-2 sont prélevées sur la section I-1 à hauteur de 11,9 M€.

En termes de dépenses, celles de la sous-section IV-1 en faveur des personnes âgées sont fixées à 78 M€. Elles prennent en compte un report de l'excédent 2006 à hauteur de 16 M€.

### **Section V : les autres dépenses en faveur des personnes en besoin d'autonomie**

Subdivisée en deux sous-sections (personnes âgées et personnes handicapées), cette section couvre l'ensemble des autres interventions de la CNSA dans les domaines relevant de sa compétence :

- le soutien à des actions innovantes ;
- les études et recherches, notamment celles qui peuvent être préconisées par le Conseil scientifique ;
- les coopérations structurelles à conduire

avec d'autres organismes nationaux ou internationaux intervenant dans le domaine de l'autonomie.

Les ressources de la section V s'élèvent à 20 M€, correspondant aux prélèvements de 10 M€ sur les sections I-2 et III.

Cette section retrace également des dépenses non-pérennes relatives au plan de modernisation des établissements médico-sociaux décidé en 2007, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale, et dont le financement est assuré par une fraction des excédents dégagés sur la section I en 2006.

Sont affectées à ce nouveau plan (un premier plan de même nature de 500 M€ a déjà été engagé en 2006) 130 M€ pour les personnes âgées et 55 M€ pour les personnes handicapées.

### **Section VI : les frais de gestion de la Caisse**

Les crédits affectés à cette section (14,1 M€) sont prélevés, en application des dispositions de l'article L.114-10-5, sur les sections I à IV.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories :

- les dépenses d'immobilier (12%) ;
- les dépenses de fonctionnement courant (14%) ;
- les dépenses de personnel (51%) ;
- les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (23%).

Au total, les frais de gestion représentent 0,09% du budget total de la CNSA, et moins de 0,5% des recettes propres de la CNSA, c'est-à-dire du produit de la CSA (« Lundi de Pentecôte ») et de la part de CSG affectée à la CNSA.

Cette maîtrise des frais généraux est fortement voulue, pour contribuer à consolider la confiance de l'opinion publique, des personnes directement concernées et de leurs représentants, en la meilleure utilisation possible des sommes affectées à la CNSA et réparties par elle. Elle vient s'ajouter à une présentation budgétaire qui garantit qu'aucun euro n'est utilisé à d'autres fins que l'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

## Plusieurs travaux allant dans le sens de plus d'intelligibilité budgétaire et financière

### Un suivi mensuel détaillé pour un meilleur pilotage financier

Avec le double objectif de créer un outil interne de suivi et de diffusion des données budgétaires et financières, et de disposer d'un vecteur de communication de l'information financière auprès des principaux partenaires de la CNSA, un « suivi financier mensuel » a été instauré dès la fin 2006.

Ce document présente un état de l'exécution du budget, un suivi détaillé des principaux financements de la Caisse (dépenses du secteur médico-social, dépenses relatives à l'APA et à la PCH, suivi de l'avancement du financement des plans de modernisation...), et une synthèse des évolutions des dépenses financées sur plusieurs exercices. Il propose également un profil de la trésorerie de la CNSA, ainsi qu'une analyse des placements opérés et de leur rendement. Sa diffusion, réservée en phase de mise en place aux membres du

Conseil et aux correspondants professionnels de la CNSA, sera élargie à tous les publics intéressés dans le courant de l'année 2008.

### Des relations financières basées sur le conventionnement

En application des dispositions réglementaires (articles R.14-10-43 et 45 du CASF), la CNSA s'est engagée dans un processus de conventionnement avec ses principaux partenaires financiers.

Indépendamment de la convention générale conclue avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mentionnée à la rubrique V du chapitre V, une convention avec la CNAMTS fixant les modalités de versement de la CNSA au titre du financement des dépenses des établissements et services médico-sociaux, et la transmission par la CNAMTS des justificatifs des dépenses, est en cours de signature. Les conventions avec les autres régimes sont en cours d'achèvement.

Il en va de même, s'agissant des relations financières avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de la convention définissant les modalités et la périodicité des versements des recettes, ainsi que le cadre des échanges d'informations.

En outre, des conventions avec la CNAF ont été conclues pour déterminer les règles de remboursement des prestations mises à la charge de la CNSA (majoration AEEH, congé de soutien familial).

Enfin, un certain nombre de conventions spécifiques ont été conclues avec les bénéficiaires de financements de la CNSA: ANESM, Centre national pour

l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA), Éducation nationale (concernant les actions en faveur des étudiants handicapés), Groupement d'intérêt public-Institut des données de santé (GIP-IDS).

### Une amélioration progressive des connaissances sur la dynamique des dépenses

Le lancement début 2006 de la PCH a été caractérisé par une incertitude concernant l'imputation des dépenses au niveau des budgets départementaux, ce qui a conduit à la production de séries mensuelles financières ne correspondant pas toujours à la réalité des sommes engagées pour cette prestation. Afin de disposer d'un état mensuel et annuel des dépenses véritablement imputables à la PCH, un travail d'apurement, a été réalisé, en lien avec les payeurs départementaux concernés, dans un souci d'amélioration de l'intelligibilité financière et de meilleure compréhension de la dynamique des dépenses.

Plus généralement, la CNSA s'est attachée à développer les échanges d'informations avec les départements (conseils généraux et les MDPH) et à améliorer sa connaissance de leurs enjeux financiers et comptables.

Cette volonté s'est notamment concrétisée en 2007 au travers de l'envoi à l'ensemble des conseils généraux de documents de synthèse présentant une série de données consolidées sur l'APA, et de l'organisation de plusieurs déplacements dans les départements afin de mieux comprendre les mécanismes financiers et comptables liés à la gestion de l'APA et de la PCH.



### L'amélioration du traitement et du suivi financier des dossiers de la Section IV du budget

Un important travail d'analyse a été initié dans la perspective de clôturer rapidement les dossiers de demandes de subvention antérieurs à 2006. En effet, sur près de 1800 dossiers, 767 sont encore en cours d'examen dans le cadre du contrôle du « service fait », avant clôture. Sur le millier de dossiers déjà clôturés, il convient de souligner qu'environ 8% a fait l'objet d'une demande de remboursement d'une partie ou de la totalité de la subvention allouée par la CNSA.

Par ailleurs, avec l'augmentation constante du nombre de dossiers traités chaque année dans le cadre des subventions allouées par la section IV, il est devenu indispensable de doter la CNSA d'un outil informatique performant, fiable, et en mesure d'assurer un réel suivi des demandes de subventions. Un applicatif dédié est donc en cours d'élaboration, en collaboration avec l'ensemble des directions concernées de la Caisse. Il permettra de mieux répondre aux questionnements des demandeurs sur l'avancement de leur dossier, d'assurer un suivi statistique périodique du traitement des dossiers et de constituer une base d'information.

### La recherche d'une meilleure efficacité de la gestion de la trésorerie

Le suivi financier mensuel de la CNSA permet de connaître et de prévoir le solde de trésorerie de la Caisse, et de mesurer les éventuels excédents qui résultent à la fois du décalage entre le rythme d'encaissement des recettes et

celui du paiement des dépenses, et de l'existence des réserves provenant des excédents des exercices précédents.

Conformément à l'article R.14-10-48 du CASF, les excédents de trésorerie peuvent donner lieu à des placements en valeurs d'État ou garanties par l'État, le cas échéant dans le cadre de conventions conclues avec un établissement public ou la Caisse des dépôts et consignations. À ce jour, seuls des placements en titres de créances négociables et en SICAV monétaires sont effectués, permettant d'assurer à la CNSA une rentabilité certaine et sans risque de ses fonds.

Afin d'optimiser la gestion de la trésorerie, des échanges sont en cours avec la Caisse des dépôts et consignations et l'ACOSS pour étudier leurs propositions respectives.

### La mise en place de budgets de service internes pour une meilleure maîtrise des coûts de gestion

L'exercice budgétaire 2007 a vu la mise en place de « budgets de service » au sein de la CNSA sur les crédits inscrits à la section VI (frais de gestion), dans le but d'offrir aux responsables des différents services plus d'autonomie et de souplesse dans la gestion courante de leurs frais de fonctionnement, tout en permettant d'asseoir la construction budgétaire sur une programmation et un suivi plus fins des dépenses.

La gestion des budgets de service est structurée à deux niveaux différents d'implication des acteurs concernés: un premier niveau de gestion directe, qui laisse aux services l'entière responsabilité du budget alloué par poste de

dépenses, et un second niveau de gestion centralisée, confiée à un service seul responsable du poste de dépenses. Ce dispositif, qui a aussi l'inconvénient, par rapport à une gestion entièrement centralisée, de disperser la charge de traitement des commandes et factures, fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière.

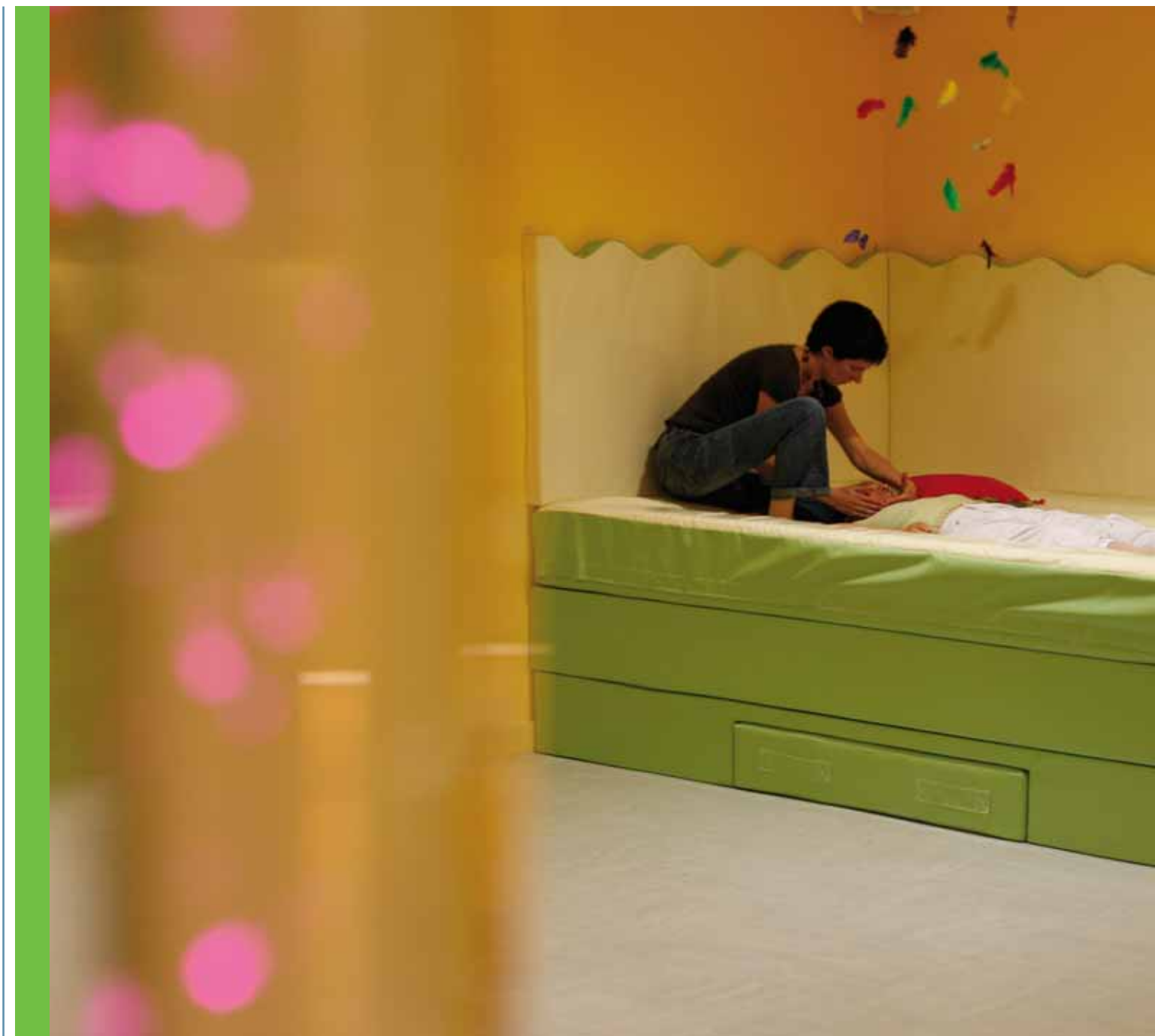


# II

## **L'allocation des moyens aux établissements et services médico-sociaux**

Promouvoir une offre de structures répondant à la diversité des besoins





La CNSA a pour responsabilité de parvenir à un emploi optimal des dépenses relevant de l'Objectif général des dépenses, dans les limites et au regard des orientations et des priorités fixées par la représentation nationale. Cette mission, pour être atteinte, s'appuie sur une procédure budgétaire préparée en amont par un recensement concerté des besoins et rendue plus efficace en aval par le respect d'un calendrier rigoureux et pluriannuel. Celui-ci permet non seulement d'agir vite et à bon escient dans l'année mais aussi de disposer d'une vision de moyen terme, pour consolider l'exercice de programmation et répondre aux attentes des opérateurs.

## La procédure d'allocation budgétaire : un calendrier rigoureux et des délais respectés

Le calendrier relativement serré adopté pour la notification des dotations régionales et départementales par la CNSA correspond à l'objectif de porter très rapidement à la connaissance des décideurs locaux les moyens leur permettant la mise en œuvre rapide des orientations des plans gouvernementaux de création de places nouvelles.

La CNSA procède ainsi à une répartition régionale (article L. 314-3 du CASF) sur la base de critères délibérés par le Conseil de la CNSA, visant à réduire les inégalités régionales et départementales, à répondre aux besoins et à diversifier le plus possible l'offre de service.

Cette répartition permet aux préfets de région de connaître dès le début de l'année les marges de manœuvre dont ils disposent pour la définition de leurs priorités en matière d'extension de capacités nouvelles, incluant cette année pour la première fois les enveloppes anticipées pour les années 2008 et 2009 (cf. les développements qui suivent au sein du présent chapitre). Entre le 15 février 2007 (date d'une première répartition d'enveloppes à valeur simplement indicative par la CNSA, effectuée au vu de la lecture des PRIAC régionaux) et le 30 mars 2007 (date du début des notifications par la CNSA des enveloppes régionales et départementales), les préfets de région ont dû animer une concertation avec les préfets de départements, et confirmer ou infirmer la lecture qu'avait eue la CNSA, dans l'analyse de leur PRIAC, de leurs propres priorités concernant la pro-

grammation de création de places nouvelles. Ces délais très courts ont été tenus, ce qui a permis à la CNSA d'analyser et de notifier définitivement l'ensemble des dotations départementales entre le 30 mars et le 30 avril 2007.

Par ailleurs, la CNSA s'est efforcée (même si les marges de progrès restent importantes) d'assortir le processus de notification budgétaire d'une diffusion, dès le 15 février 2007, d'une série d'annexes « mode d'emploi », destinées à accompagner le travail des décideurs locaux (valorisation des objectifs quantitatifs, règles d'utilisation des enveloppes thématiques, éléments liés à l'actualisation des moyens existants...). Avec la volonté, là encore, de ne pas séparer le degré d'atteinte des objectifs de l'appui technique dans la façon de les atteindre.

En outre, le lien entre allocation de ressources et construction d'un système d'information plus performant a été renforcé : l'effort considérable réalisé par les services déconcentrés pour respecter les délais et pour fiabiliser les remontées des informations a permis à la CNSA d'utiliser ces données pour procéder aux répartitions d'enveloppes, notamment en matière de moyens de médicalisation des établissements et services.

Enfin, la construction d'une réelle pluriannualité dans l'allocation de ressources, sous la forme de l'octroi d'enveloppes financières d'anticipation, constitue une innovation majeure dont les principes sont exposés plus loin. Ces enveloppes ont été notifiées à titre expérimental une première fois début septembre 2006 (sur l'OGD 2007 des personnes âgées) et début octobre 2006 (sur l'OGD 2007 des personnes handi-

capées). En tirant tous les enseignements de ce premier essai, il a été possible de procéder au printemps 2007 à la notification simultanée des enveloppes complémentaires de 2007, assorties d'enveloppes anticipées pour 2008 et 2009.

## Les PRIAC de seconde génération : une méthodologie renouvelée

Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) constituent, pour les services déconcentrés de l'État, les outils leur permettant d'établir, sur un mode pluriannuel, la programmation des opérations de création ou de transformation de places en établissements et services répondant aux besoins les plus urgents, et donc à financer en priorité.

Tout en poursuivant le processus défini en 2006, il est apparu nécessaire de procéder à des évolutions méthodologiques, afin que les PRIAC 2007 puissent répondre de façon plus optimale aux deux impératifs suivants :

- renforcer la crédibilité de la programmation prévisionnelle et son caractère opérationnel en harmonisant les niveaux de programmation. L'objectif consiste, sans renoncer au principe fondamental qui est que le PRIAC n'est pas « pré-défini » par les moyens mais bien à l'écoute de l'expression des besoins, à réduire en revanche les écarts de niveau et de méthodologie de prévision de ces besoins constatés entre les différents PRIAC régionaux de 2006 (qui allaient du simple au quintuple).

- permettre du même coup à la CNSA de s'appuyer sur les PRIAC pour fournir au gouvernement des prévisions d'évolution des dépenses médico-sociales pour les quatre prochaines années, en application de la convention d'objectifs et de gestion passée avec l'État, et de faire des propositions étayées pour construire les objectifs nationaux de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Pour ce faire, quatre actions majeures ont été conduites :

#### **Donner aux services déconcentrés de l'État des références utiles à une première réduction des écarts constatés dans les différents PRIAC de 2006**

À ce titre, ont été communiqués :

- les évolutions des montants de l'« OGD-ONDAM » de 2002 à 2006 (taux d'évolution moyens annuels, part des mesures nouvelles sur l'ensemble);
- les variations interrégionales des taux d'évolution 2005-2006, en encadrant ces taux dans une fourchette de deux points en deçà ou au delà des taux moyens des dotations réparties (de 11,5 à 15,5 % en gérontologie, de 4 à 8 % pour le secteur du handicap);
- le rappel des objectifs et des répartitions globales de places définis dans les plans pluriannuels nationaux (plan handicap 2005-2007, plan solidarité grand âge 2006-2012).

#### **Faire passer de 3 à 5 ans la durée de programmation**

Le PRIAC couvre désormais une période de 5 ans, de l'année N (année en cours) à N+4, soit pour l'actualisation de l'année 2007, de 2007 à 2011. Cet allongement permet de « lisser » la programmation sur une période plus

longue et d'éviter ainsi l'effet de concentration des actions sur la dernière année, constaté dans certains PRIAC.

Du fait de l'allongement de sa durée, l'approche de la programmation a été différenciée sur l'ensemble de la période couverte :

- la programmation de l'année N correspond aux dotations de l'année en cours.
- pour les années N+1 et N+2 (en l'espèce : 2008 et 2009), un objectif d'opérationnalité est recherché. L'objectif étant d'anticiper les financements vraisemblablement mobilisables afin de maintenir la crédibilité et l'effectivité de la programmation, et faciliter l'utilisation des enveloppes d'anticipation.
- la programmation des années N+3 et N+4 (2010 et 2011) peut être davantage prospective et ouverte quant aux volumes inscrits pour répondre aux besoins de financement identifiés, notamment dans le cadre des schémas départementaux.

#### **Établir un ordre de priorité des opérations retenues au sein de chaque programmation annuelle**

L'établissement de priorités entre les actions était bien prévu dans la version 2006 du PRIAC. Toutefois, ces priorités ont été rarement ou imparfaitement définies, du moins au niveau interdépartemental. De ce fait, les répartitions d'enveloppes n'ont pas toujours pu prendre en compte les actions que les Comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI) considéraient comme prioritaires.

En conséquence, dans la mesure où les programmations prévisionnelles, notamment en N+1 et N+2, peuvent s'établir

au-delà du montant des dotations qui seront notifiées, sont désormais identifiées les actions que les CTRI estiment devoir être financées en premier. Les critères retenus sont leur pertinence et la nécessité de définir pour certaines opérations plusieurs tranches de financement liées au cadre contraint des enveloppes allouées. Ces actions sont à classer en niveau 1, alors que les autres opérations positionnées en niveau 2 pourront voir leur financement différé sur l'exercice (ou les exercices suivants) en fonction du niveau de la dotation.

#### **Développer une approche homogène des priorités visant à limiter les disparités géographiques**

Pour élaborer le PRIAC en 2006, chaque région a utilisé des critères de priorisation des actions déjà déterminés dans les schémas ou élaborés à partir des données existantes et des priorités définies au sein du CTRI.

#### **Les critères de priorité entre régions**

Lors des échanges techniques, les CTRI ont exprimé le besoin de disposer à titre d'information des indicateurs utilisés par la CNSA pour la répartition des enveloppes budgétaires. Afin de permettre à chacun de situer sa région au regard des critères d'allocation de ressources, les données régionales utilisées par la CNSA pour la répartition des enveloppes budgétaires ont fait l'objet d'une diffusion.

#### **Les critères de priorité entre départements d'une même région**

Dans le souci de favoriser une approche plus homogène de la démarche de priorisation interdépartementale, et comme le montrent les documents d'analyse régionale transmis lors des échanges



*Centre Saint-Jean de Dieu, institut  
d'éducation motrice et unité spécia-  
lisée pour enfants polyhandicapés,  
à Paris XV<sup>e</sup>*





techniques, l'analyse des PRIAC réalisée par la CNSA a reposé sur une lecture comparée de la réponse apportée par la programmation en termes :

- de réduction des écarts d'équipement par rapport au niveau régional et au niveau national ;
- de diversification de l'offre en comparant la part de l'accompagnement en milieu ordinaire de vie et la part de l'accompagnement institutionnel ;
- d'adaptation de l'offre médico-sociale en mesurant la part des transformations de l'offre existante sur l'ensemble de la programmation.

Ces éléments ont été appréciés au regard de la situation de l'offre existante et des données de contexte faisant l'objet d'une annexe du PRIAC. Ils ont fait l'objet d'échanges approfondis avec les services déconcentrés (étant entendu que, dans sa fonction de critique méthodologique et d'appui à l'évaluation du processus d'élaboration du PRIAC, la CNSA n'a pas vocation à se substituer à l'autorité de l'État qui reste, en tout état de cause, seul arbitre de la décision fixant le contenu de son PRIAC).

La CNSA estime impérative la concertation approfondie sur les PRIAC entre les préfets et les présidents de conseils généraux. Le rapport d'octobre 2006 de la CNSA s'est exprimé clairement en ce sens. La programmation financière régionale se doit en effet d'être fortement articulée avec les démarches de planification départementales pilotées par les conseils généraux.

De ce point de vue, il faut se réjouir que des indications très claires aient pu être données en ce sens aux services déconcentrés de l'État et que l'actualisation 2007 des PRIAC ait en conséquence pu faire l'objet d'une concertation beau-

coup plus nette qu'en 2006. Il en résulte d'ailleurs une qualité significativement plus grande des informations fournies – on trouvera en annexe 3 le bilan qualitatif et quantitatif des PRIAC 2007. La mise à jour 2008 devra poursuivre ce mouvement et renforcer encore la concertation, tout en veillant de surcroît à une meilleure complémentarité avec les travaux des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

### **L'introduction d'une véritable pluriannualité dans la programmation des enveloppes financières : une innovation décisive dans l'allocation de la ressource**

Une programmation pluriannuelle efficace des projets prioritaires de création de places nouvelles, permise par les PRIAC pour bien s'incarner sur le terrain, devait impérativement être complétée par un dispositif, lui aussi pluriannuel, d'allocation des dotations nécessaires.

C'est ce que permet, à compter de la fin de l'exercice 2006, la mise en place d'un nouveau mécanisme de notification par anticipation d'enveloppes financières qui, déterminées et réparties au cours de l'année N, ne seront consommées qu'à partir des années N+1 et N+2.

Ce dispositif, qui trouve son fondement juridique dans l'article L. 314-4-1 du Code de l'action sociale et des familles, permet de fixer chaque année par arrêté interministériel le montant

des enveloppes d'anticipation pour les deux exercices suivants.

Ce nouveau mécanisme offre les avantages suivants :

- jusqu'alors, un projet de création d'établissement ou de service médico-social ne pouvait être autorisé que si la dotation départementale de l'année au cours de laquelle était demandée l'autorisation permettait d'assurer son financement en année pleine. Désormais, le nouveau dispositif favorise une délivrance sans délais d'autorisations dont la conséquence en termes de coût de fonctionnement n'interviendra qu'une à deux années plus tard.
- les enveloppes anticipées donnent une visibilité pluriannuelle de financement (certes encore partielle) aux services de l'État en région pour étayer leur programmation médico-sociale au travers des PRIAC. Et ce, en concertation avec les conseils généraux et les partenaires locaux, ce qui facilite l'exécution des schémas départementaux.
- elles permettent d'accélérer la mise en œuvre des plans nationaux de créations de places, en délivrant plus tôt l'autorisation de certains projets, réduisant ainsi les délais de mise en service de ceux qui nécessitent un investissement immobilier.
- elles donnent aux promoteurs une plus grande visibilité pluriannuelle sur les financements à venir, disponibles avec certitude, pour subventionner à terme un plus grand nombre d'autorisations octroyées dès la première année considérée.

Afin d'amorcer le processus, un arrêté publié en 2006 a fixé le montant de l'enveloppe anticipée pour 2007 à 34 M€ pour le secteur des personnes âgées et à 92 M€ pour celui des personnes handicapées.

## La programmation plurannuelle des enveloppes financières

	Notification par la CNSA le 15 février 2006	Notification par la CNSA les 4 septembre et 2 octobre 2006	Notification par la CNSA le 31 mars 2007	Notification par la CNSA le 31 mars 2008	Notification par la CNSA le 31 mars 2009
<b>pour ouverture à partir de 2006</b>	100% des places nouvelles ONDAM 2006				
<b>pour ouverture à partir de 2007</b>		40% des places nouvelles ONDAM 2007 (dotation anticipée 2007)	Reliquat des places nouvelles ONDAM 2007		
<b>pour ouverture à partir de 2008</b>			40% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2008 (dotation anticipée 2008)	Reliquat des places nouvelles au vu de l'ONDAM 2008	
<b>pour ouverture à partir de 2009</b>			20% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2009 (dotation anticipée 2009)	30% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2009	Reliquat des places nouvelles au vu de l'ONDAM 2009
<b>pour ouverture à partir de 2010</b>				20% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2010	30% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2010
<b>pour ouverture à partir de 2011</b>					20% des places nouvelles de l'ONDAM anticipé 2011

En 2007, les montants arrêtés pour les deux exercices suivants sont :

- pour le secteur gérontologique : 33 M€ pour 2008 et 17 M€ pour 2009 ;
- pour le secteur du handicap : 60 M€ pour 2008 et 30 M€ pour 2009.

Ces montants représentent pour 2008 et 2009 respectivement 30% et 20% du niveau tendanciel annuel des mesures nouvelles de financement des places nouvelles.

Le nouveau mécanisme instauré peut être aisément visualisé pour les années 2006 à 2009 dans le tableau ci-dessus.

### La rénovation du bâti : deux plans d'aide à la modernisation (PAM) des établissements médico-sociaux

#### Le PAM 2006

Le plan d'aide à la modernisation 2006 (PAM 2006), doté de 500 M€ issus des excédents de la CNSA, a été mis en œuvre dans le contexte législatif et réglementaire prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006.

Ce plan de modernisation a répondu à un triple enjeu :

- rénover le parc d'hébergement et d'accueil (mises aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction) ;

- adapter les locaux pour une meilleure qualité de service ;
- générer un effet de levier financier et réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers.

Afin de cadrer financièrement l'exercice de programmation régionale, la CNSA a défini des enveloppes régionales de crédits indicatives reposant sur des critères populationnels (35%), de taux d'équipement (50%) et de potentiel fiscal (15%). Elle a proposé une répartition des crédits entre le secteur gérontologique et le secteur du handicap à hauteur respectivement de 350 M€ et 150 M€.

Les critères d'analyse pris en compte, afin de déterminer les opérations à retenir en priorité, ont été les suivants :

- la nature des travaux : restructuration, construction neuve, étude de fai-

- sabilité, mais pas de mise aux normes sans intégration dans un projet de vie;
- la date de démarrage des travaux : l'instruction précisait que les dossiers devaient être suffisamment avancés (au stade du programme technique détaillé). Dans le cas contraire, la possibilité de financer des études de faisabilité était ouverte;
- l'engagement dans le processus de conventionnement tripartite pour les établissements accueillant des personnes âgées;
- le nombre de places habilitées à l'aide sociale par rapport au nombre total de places;
- la diversification des modes d'accueil ;
- l'existence d'un projet d'établissement et de projets de vie individualisés.

Les résultats globaux du plan peuvent être ainsi synthétisés :

Tout d'abord, toutes les opérations éligibles présentées en liste principale ont été financées.

Le taux de financement global (liste principale et liste complémentaire) des programmes régionaux est de 96%. Il s'inscrit dans un intervalle allant de 84% à 100%.

Le taux le plus faible est à rapporter au nombre de dossiers présentés (en liste principale et complémentaire) et à leur poids financier au regard des crédits disponibles.

Il convient de souligner que les besoins régionaux exprimés au travers des listes complémentaires sont plus importants sur le secteur personnes âgées, ce qui conduit à des taux de satisfaction des demandes plus faibles.

Le détail des opérations financées par types de structures, catégories d'organismes gestionnaires, nature des travaux, éléments qualitatifs pris en compte, figure en annexe 4. Celle-ci

## L'impact global du PAM 2006

Les 350 M€ injectés dans le secteur personnes âgées ont permis le financement de 422 dossiers, pour un montant total de travaux de 1,8 milliards d'euros et 29 028 places à moderniser.

Les 150 M€ investis dans le secteur personnes handicapées ont couvert le financement de 242 dossiers pour un montant total de travaux de 530 millions d'euros et 12 098 places à moderniser.

retrace également les éléments de suivi de l'exécution du plan.

### Le PAM 2007

Dans le cadre de la présentation des comptes 2006 et au regard de la mise en œuvre du PAM 2006, le Conseil de la CNSA a confirmé en mars 2007 le besoin de poursuivre l'effort d'aide à l'investissement, tant dans le secteur gérontologique que dans celui du handicap, selon la clé de répartition précédemment retenue (70% personnes âgées ; 30% personnes handicapées). Et ce, en confirmant les objectifs prioritaires établis pour 2006.

À la clôture des comptes, le montant mobilisé pour financer le PAM 2007 s'établit à 184,9 M€ (soit 129,43 M€ pour les établissements pour personnes âgées et 55,47 M€ pour les enfants et adultes handicapés).

Une réunion technique nationale des correspondants des DRASS et des ingénieurs régionaux de l'équipement s'est tenue en mai 2007 avec la DGAS pour appuyer la mise en œuvre du PAM 2006 et le lancement du PAM 2007, en situant cette aide dans l'ensemble des leviers disponibles en matière d'aide à l'investissement.

Les préfets de région ont confirmé, avant le 15 avril 2007, les opérations inscrites en liste complémentaire de leur proposition de programmation 2006

qui n'avaient pu faire l'objet d'un financement en 2006.

Dans les cas où la liste complémentaire confirmée excédait ou était égale à l'enveloppe régionale pré-notifiée, selon les mêmes critères qu'en 2006 (critère démographique, taux d'équipement et potentiel fiscal), il a été demandé aux préfets de région de confirmer l'ensemble de leur programme 2007 dans le cadre des instructions générales 2007.

Pour les autres régions, une première notification est intervenue en mai 2007, sur la base des listes complémentaires revalidées, à hauteur de 18,426 M€ pour le champ personnes âgées (23 opérations) et 3,036 M€ pour les personnes handicapées (10 opérations).

Les propositions de programmes 2007 sont remontées via les préfets de région à partir de la mi-juillet 2007, après concertation avec les conseils généraux pour les établissements à compétences partagées.





*Notre-Dame de Confiance, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Tournon Saint-Martin*



## **Un accompagnement de la promotion professionnelle des personnels en EHPAD**

La section IV du budget de la CNSA met en œuvre, à hauteur de 10 M€, des programmes de promotion professionnelle de personnels intervenant en EHPAD, sous la forme de quatre accords-cadres pluriannuels conclus avec les principaux organismes de formation des secteurs publics (tant hospitalier que territorial) et privés (tant associatif que commercial).

Des avenants à ces accords prévoient en 2007 une extension du dispositif à l'accès au métier d'aide médico-psychologique. Ces accords, qui permettent notamment le financement d'actions de validation des acquis d'expérience (VAE), arrivent à échéance fin 2007. En raison de la répartition des compétences sur la section IV du budget de la CNSA, ils ont été élaborés et sont suivis par les services de l'État, et doivent faire l'objet d'une évaluation avant leur renouvellement.

## **Une démarche favorisant l'intelligibilité des coûts de fonctionnement de l'offre**

Il s'agit pour la CNSA de venir en appui des travaux de programmation locaux (PRIAC), en dégageant des référentiels de coûts qui intègrent à la fois des données générales propre à un type d'établissement ou de structure, et d'éventuels paramètres de coûts liés à des contextes locaux.

Les principaux outils visant à atteindre cet objectif sont :

- l'applicatif SAISEHPAD qui permet de suivre les budgets des EHPAD ayant signé la convention tripartite, ouvrant droit à la tarification ternaire. Sa reconfiguration (SAISEHPAD 2) permettra de suivre non seulement les tarifs de soins mais aussi l'évolution des sections tarifaires « dépendance » et « hébergement ».
- l'applicatif REBECA permet, quant à lui, dans le champ des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, de procéder à des analyses comparatives entre comptes administratifs et budgets exécutoires.

Les précisions sur ces applicatifs figurent au chapitre V ci-après. Ils doivent être articulés avec les démarches développées par la CNAMTS, notamment au travers du progiciel « PRISMES », afin d'approfondir une connaissance partagée des coûts de fonctionnement et des niveaux d'activité des établissements et services. Ils doivent également être distingués des indicateurs médico-économiques introduits dans le champ médico-social par le décret du 22 octobre 2003, qui ont une finalité d'appui à la tarification des établissements.

Par ailleurs, l'exploitation d'études locales réalisées notamment par les CRAM et par les services déconcentrés doit compléter sur le terrain la connaissance par le niveau national des divers éléments de coûts. De même, les travaux à entreprendre avec la CNAMTS et les grandes fédérations du secteur en matière de réflexion sur les diverses tarifications ainsi qu'une meilleure appropriation par les acteurs concernés du logiciel FINISS, géré par la DREES, contribueront à la satisfaction de cet objectif.



III

## Compensation pour l'autonomie

Accompagner les dispositifs locaux en développant une fonction d'appui et d'animation active et diversifiée



La mise en place, dans toute la France, des maisons départementales des personnes handicapées a fortement mobilisé les équipes de la CNSA au cours de l'année écoulée. La Caisse est, on le sait, légalement chargée d'apporter un appui financier aux conseils généraux en charge de ces nouvelles entités, mais son rôle consiste également à accompagner l'ensemble des acteurs, à former certains, à multiplier les échanges, en ayant pour objectif de faire remonter et diffuser les bonnes pratiques.

La CNSA s'est vue confier par le législateur une mission d'animateur du réseau des maisons départementales des personnes handicapées, sous le couvert de chaque président de conseil général qui en préside l'instance délibérante : l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles précise en effet, qu'en ce domaine, la Caisse « assure un échange d'expériences et d'information entre MDPH, diffuse les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, et veille à l'équité de traitement des demandes de compensation ».

Par ailleurs, l'article L. 14-10-5 a également prévu un concours financier de la CNSA aux conseils généraux pour l'installation et le fonctionnement des MDPH.

Enfin, l'article L. 14-10-7 a subordonné la contribution financière de la CNSA à l'installation et au fonctionnement des MDPH à la conclusion d'une convention avec chaque département « visant à définir les objectifs de qualité de service pour la MDPH et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs. »

Indépendamment des nombreuses visites<sup>2</sup> et réunions de travail *in situ* dans les départements, qui se sont poursuivies en 2007, et des diverses aides juridiques apportées par la CNSA aux demandes formulées tant par les MDPH que par les services des conseils généraux, les activités de la CNSA se sont concentrées sur 5 axes majeurs :

- une aide financière accompagnant la mise en place des MDPH ;
- la conclusion avec chaque conseil général d'une convention personnalisée d'appui à la qualité de service ;

<sup>2</sup> De mars 2005 à janvier 2007, la quasi totalité (97) des départements français ont été visités au moins une fois.

- l'organisation d'actions de formation des personnels des MDPH et la contribution à la construction de référentiels de bonnes pratiques ;
- l'accompagnement d'une culture partagée entre les associations représentatives des usagers et les professionnels des MDPH ;
- la constitution des premières synthèses portant sur l'activité et les modes de fonctionnement des MDPH.

### **La montée en régime des MDPH : une adaptation continue de l'aide financière**

Il est rappelé qu'en 2005, un crédit non reconductible de 50 M€ avait été consacré à l'aide au démarrage des MDPH, par la voie d'un fonds de concours de l'État alimenté par des excédents 2004 de la CNSA.

Cette somme avait été répartie entre les départements de la façon suivante :

- 10 M€ de manière identique, soit 100 000 € chacun,
- 40 M€ en fonction du nombre d'habitants et du potentiel fiscal.

En 2006, la CNSA a financé le fonctionnement des MDPH sur sa section III à hauteur de 20 M€. A cette somme se sont ajoutés 28,5 M€ de crédits exceptionnels en provenance du même fonds de concours de l'État.

En 2007, la contribution de la CNSA, portée à 30 M€, a été répartie entre les départements avec une part fixe de 100 000 € et une part variant selon la population et le potentiel fiscal. Le Conseil de la Caisse a ensuite décidé l'attribution d'une enveloppe supplé-

mentaire de 20 M€ non reconductible, destinée à financer l'acquisition et l'installation de matériels et logiciels de traitement des demandes ainsi que les travaux de numérisation des dossiers. La CNSA s'efforce ainsi de rester à l'écoute des besoins (y compris conjoncturels) des départements, afin d'ajuster les réponses financières à y apporter, y compris en cours d'exercice.

Dans le même esprit, afin de permettre une meilleure évaluation des besoins des MDPH, une réflexion a été engagée avec une dizaine de départements pour étudier la manière de présenter le budget de la MDPH en intégrant non seulement ses ressources et dépenses propres, mais aussi les différentes participations en nature de ses membres, et les différents services rendus, comme c'est couramment le cas, par les services du conseil général (prestations logistiques, prestations informatiques, locaux, etc...). Ceci afin d'avoir une vision globale des véritables besoins de fonctionnement d'une MDPH, et de mieux définir, en conséquence, le niveau souhaitable du concours de la CNSA.

D'autres travaux conjoints avec les MDPH peuvent au demeurant être prévus dans l'accord conventionnel particulier avec le conseil général et être financés sur la section v.

### **Le processus de conventionnement avec les départements**

Pour préparer chacune des conventions d'appui à la qualité de service, la CNSA a mis à profit le second semestre de 2006 pour organiser des entretiens approfondis

dis et personnalisés avec chaque président de conseil général.

Ces rencontres ont permis des échanges approfondis sur les conditions de mise en place de chaque MDPH, l'identification de problèmes et difficultés rencontrés localement, et de repérer les thèmes propres à chaque département susceptibles de s'intégrer dans le dispositif conventionnel dont le cadre général avait été concerté avec l'Assemblée des Départements de France, et unanimement approuvé par le Conseil de la CNSA.

À l'issue de ces entretiens liminaires, les échanges sur la rédaction de chacune des conventions se sont principalement déroulés au cours du premier trimestre de 2007. À la date du 15 septembre, elles avaient abouti à la signature ou à la validation de 89 conventions personnalisées, adaptées aux contextes locaux exprimés par les conseils généraux. Ces conventions ont notamment pris en compte les demandes exprimées par les départements d'une collaboration technique avec la CNSA.

Ce processus conventionnel sera achevé avec les cent départements avant la fin de l'année 2007.

## Les actions de formation et la participation des MDPH à l'élaboration progressive d'un thésaurus de bonnes pratiques

### Les «jeudis pratiques» de la direction de la compensation

Il s'agit d'une invitation ouverte et permanente, adressée à toutes les MDPH sous la réserve d'un nombre maximum

## Principaux enseignements des conventions signées

Le dépouillement et l'analyse des 82 premières conventions permettent de dégager les principaux enseignements suivants :

- typologie des actions à suivre à l'aide d'indicateurs départementaux : 35% concernent l'évaluation globale du dispositif, 9% le suivi de l'activité des MDPH, 3% l'implication des partenaires ;
- demandes d'appui des départements auprès de la CNSA : 227 demandes ont été formulées, soit 3 en moyenne par département. Les principales thématiques sur lesquelles l'aide de la CNSA est susceptible d'être sollicitée concernent : l'organisation des MDPH (38%), l'évaluation des handicaps (11%), les dispositifs de convergence entre personnes âgées et personnes handicapées (10%), l'accompagnement des personnes (9%), les aides techniques (8%), l'information des usagers (8%).

d'inscrits, à participer à des sessions régulières de réflexion et de formation organisées par la CNSA certains jeudis (d'où leur nom).

Sept thèmes ont été d'ores et déjà abordés : l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), l'articulation entre le plan personnalisé de compensation et la prestation de compensation, les problèmes et besoins rencontrés par les étudiants handicapés, l'insertion professionnelle, l'organisation et l'activité des équipes professionnelles, les modalités d'application du décret définissant les prestations couvertes par la prestation de compensation du handicap pour les personnes accompagnées en établissement, les recours à l'encontre des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Ces rencontres, qui permettent l'échange sur les pratiques, et l'identification de difficultés à trancher ou à faire trancher par les autorités compétentes, donnent lieu à un compte rendu qui est diffusé à l'ensemble des départements.

### Des groupes de travail thématiques

157 personnes (associations, administrations, représentants des départements) ont participé à des groupes de travail thématiques rattachés à trois objectifs principaux :

- au titre du fonctionnement des MDPH, les travaux ont porté sur le budget, l'accessibilité, la culture partagée avec les usagers, la dématérialisation des formulaires ;
- concernant l'évaluation des besoins des personnes handicapées, les réflexions ont concerné l'outil d'évaluation multidimensionnelle (guide d'évaluation – GEVA), l'élaboration du plan personnalisé de compensation, les problèmes spécifiques à l'évaluation du handicap psychique, les tests sur les outils (certificat médical, GEVA...);
- au sujet de l'insertion professionnelle, trois thèmes ont été traités en liaison avec les différents organismes du secteur de l'emploi : les modalités locales de coopération entre les MDPH et l'AGEFIPH (Association nationale pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des han-





*Maison départementale des personnes handicapées à Paris*

dicapés), l'analyse des capacités d'accès à l'emploi des personnes sollicitant l'AAH ou déjà bénéficiaires de cette prestation (conduite d'entretiens individuels), la mobilisation des réseaux nationaux pour favoriser l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées (projet « Record »).

S'ajoute à cela la participation de la CNSA au groupe de travail/emploi des personnes handicapées psychiques.

#### **Mise en place de formateurs relais répondant aux besoins prioritaires des MDPH**

Le recensement de ces besoins en 2006 a fait émerger deux thèmes prioritaires : l'accueil des usagers et l'évaluation pluridisciplinaire de leurs besoins. Ainsi, en 2006, 198 personnes, issues de 48 MDPH, ont bénéficié des 23 jours de formation sur ces sujets.

En 2007, l'action en cours de réalisation concerne environ 200 personnes, soit près de 50 MDPH, pour des formations de 28 jours.

#### **Lancement d'un appel à propositions pour le « référencement » de formations des personnels des MDPH**

L'enjeu est de faire entrer dans le catalogue des organismes de formation des projets de sessions, labellisés par la CNSA, en direction des MDPH.

Trois thématiques ont été retenues :

- l'accueil physique et téléphonique ;
- les démarches d'évaluation du handicap et le guide d'évaluation multidimensionnelle ;
- le handicap psychique : accueillir et

accompagner la personne, par elle-même ou par l'intermédiaire de son entourage.

En se fondant sur des cahiers des charges décrivant les contenus et modalités attendus sur les trois sujets précités, les candidats ont fait parvenir leurs propositions en juillet 2007, la sélection des projets étant effectué par une commission de « référencement ».

#### **Guide d'évaluation multidimensionnelle : un outil pour professionnaliser les équipes**

Il convient d'insister sur le fait que la nouvelle prestation de compensation du handicap est, par construction, fortement individualisée. Elle se fonde sur un plan personnalisé de compensation (PPC) qui répond aux divers aspects du projet de vie de la personne. Ainsi l'élaboration du PPC et la détermination de la PCH, qui en constitue le cas échéant une composante importante, nécessitent la mise à disposition des équipes pluridisciplinaires des MDPH d'un outil performant d'évaluation des besoins de chaque personne. La loi du 11 février 2005 mentionne sur ce point l'élaboration de références qui devront être définies par décret.

Sur la base du guide d'évaluation multidimensionnelle dénommé GEVA, réalisé par la DGAS et diffusé à titre expérimental auprès de l'ensemble des MDPH en janvier 2006, un groupe de pilotage associant des MDPH, des associations et des experts, a testé puis ajusté par étapes successives ce nouvel outil.

Il vise un triple objectif :

- permettre aux équipes pluridisciplinaires de recueillir une information

organisée et harmonisée facilitant la formalisation des besoins, dans leur diversité ;

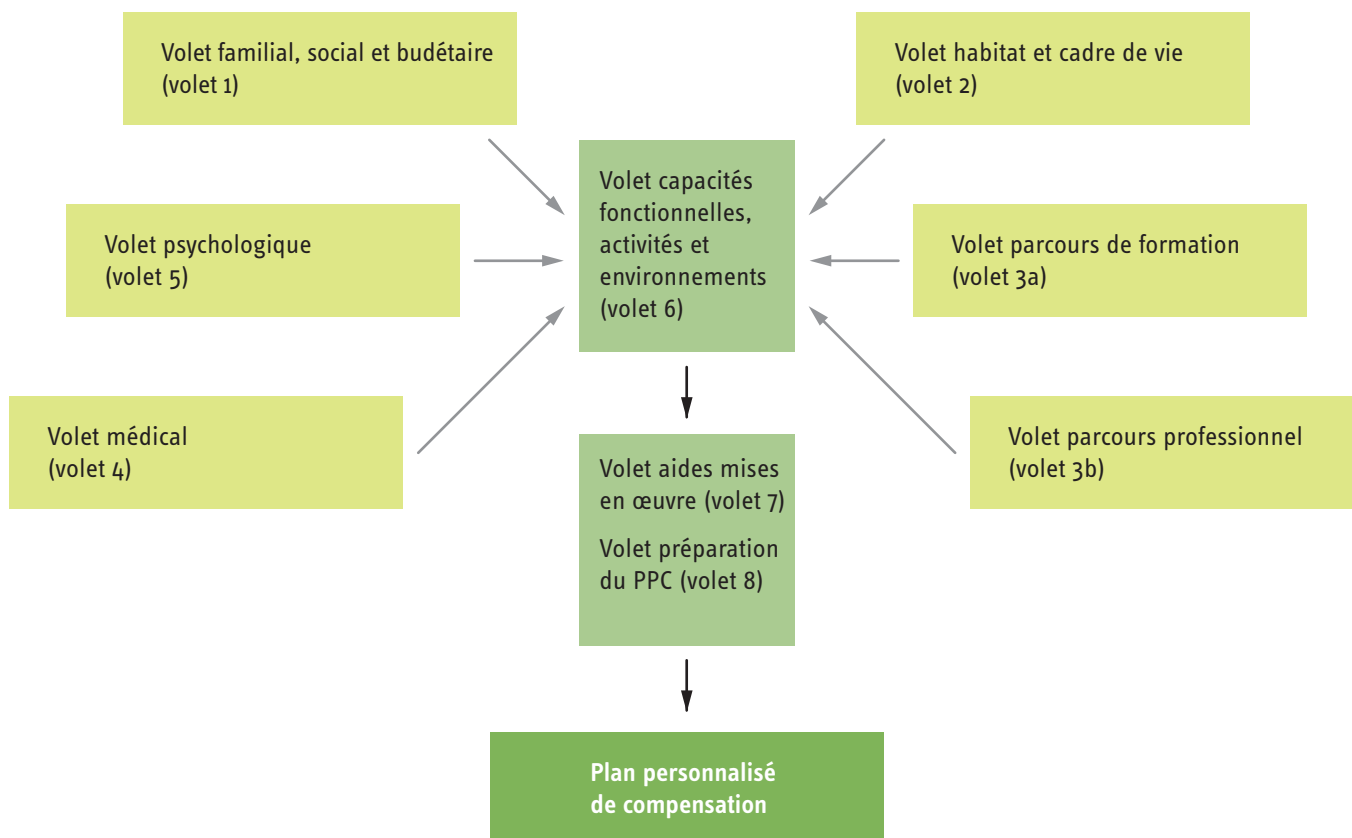
- favoriser au sein de ces équipes l'interdisciplinarité dans une observation globale et partagée de la situation de la personne handicapée, dépassant la simple juxtaposition des expertises ;
- disposer d'un support adapté pour collecter sur le territoire des informations de nature à alimenter le système d'information, non seulement sur les contenus des prestations délivrées, mais également sur les caractéristiques des personnes handicapées et de leur environnement.

Après la version « projet » du GEVA, diffusée en janvier 2006, puis des travaux d'appropriation du guide et des tests complémentaires, une nouvelle version a été produite en juillet 2006 en vue d'un test de terrain.

Avec le soutien actif des conseils généraux des Alpes maritimes, de Haute-Garonne, de l'Hérault, de Loire-Atlantique et de la Vienne, ainsi que des équipes de leurs MDPH, le laboratoire d'étude « GERONTO-CLEF » de Montpellier a réalisé de fin 2006 à juillet 2007, pour le compte de la CNSA, une étude sur la validité, la fiabilité, la facilité d'application et la reproductibilité de l'outil GEVA.

Les conclusions de l'enquête, globalement positives, montrent toutefois que certaines composantes de l'outil restent perfectibles. En prenant en compte le résultat de ces tests, une version actualisée, dite version simplifiée, a été livrée aux MDPH lors du dernier trimestre 2007 et devrait faire l'objet d'un acte réglementaire en vue de son application généralisée par l'ensemble des équipes pluridisciplinaires.

## La structure du GEVA



## Usagers, associations, professionnels : une démarche de culture partagée

Depuis 2005, la CNSA a engagé une démarche participative avec les principales associations représentant les personnes handicapées, visant à prendre en compte leurs attentes au regard de l'application de la loi du 11 février 2005. Les premiers travaux avaient débouché en 2005 sur l'édition d'un document intitulé « Attentes et besoins des personnes handicapées au regard des MDPH ».

Cette démarche participative s'est prolongée et approfondie en 2006 et 2007, avec notamment l'organisation :

- d'une concertation avec les associations et les MDPH sur le contenu des formulaires désormais homologués, permettant à l'utilisateur d'exprimer ses demandes;
- de travaux sur les outils de mesure de la satisfaction des usagers concernant le fonctionnement des MDPH et les commissions des droits pour l'autonomie.

Sur ce second point, l'élaboration – demandée par le Conseil de la CNSA – d'un outil d'auto-évaluation, par la MDPH, de la satisfaction des person-

nes handicapées qui s'adressent à elle a été également approchée par catégories de handicap, puis par des réunions transversales avec une vingtaine de représentants de départements. Il en est résulté un questionnaire de satisfaction des usagers des MDPH comportant 5 parties : mesure globale du ressenti des usagers, mesure du ressenti des usagers au regard de chacune des huit missions des MDPH, réponses à des questions objectives, subjectives et trois questions ouvertes. La restitution de l'exploitation de ces questionnaires est mise à la disposition de chaque département et de sa MDPH, en vue de leur permettre, selon une métho-



dologie qui est ainsi commune à l'ensemble du territoire, d'évaluer leur propre service rendu. Cette démarche peut ainsi permettre de concentrer les efforts, très particulièrement dans cette phase de montée en charge, sur les points les plus critiques au regard de la satisfaction des usagers. À cette fin, la CNSA assure, pour ceux des départements qui en expriment le souhait, l'exploitation gratuite du questionnaire et la restitution de ses résultats à l'intention de la MDPH concernée.

Par ailleurs, en septembre 2007, la CNSA a organisé, avec l'appui de la Délégation interministérielle aux personnes handicapées, une première rencontre pour une culture partagée, ayant pour sous-titre : « Quels changements pour une application effective de la loi du 11 février 2005 ? »

Animée par les principales associations représentant les personnes handicapées et par cinq départements de la région francilienne, cette journée a sensiblement dérogé au déroulement d'un séminaire ou d'un stage de formation traditionnel : usagers et professionnels ont participé à des ateliers de formation passant par des mises en situation, via des « échanges de rôles » entre les différents participants. Le concept, enrichi des conclusions tirées de ce premier exercice, est appelé à être diffusé et repris sur l'ensemble du territoire.

## Activité des MDPH : premières synthèses nationales

Les conventions d'appui à la qualité de service, évoquées précédemment, ont explicitement prévu des échanges d'information entre les départements et la CNSA, sous la forme d'indicateurs établis conjointement avec l'Assemblée des départements de France, et validés par le Conseil de la CNSA. Ces indicateurs se répartissent en trois groupes principaux :

- les données de contexte propres à chaque département;
- les données d'activité des MDPH (demandes de prestations, décisions, activités d'accueil et évaluation des besoins...)
- les données touchant l'organisation et le fonctionnement des groupements d'intérêt public-MDPH (situation des personnels, organisation des équipes pluridisciplinaires, état des conventions avec les partenaires...).

Au regard de l'échelonnement des signatures des conventions pluriannuelles conclues avec les départements et dans l'attente de la remontée de la totalité des rapports des présidents de Conseils généraux commentant ces données, l'année 2007 constitue une année de transition caractérisée par des données encore partielles. À travers ces données, qui ont été présentées au conseil de la CNSA en octobre et qui – au-delà des quelques points présentés ci-dessous – feront l'objet d'une diffusion spécifique, il apparaît parfois, il ne faut pas le cacher, la déception ou l'insatisfaction grave de personnes en situation de handicap ou de familles directement concernées, qui se heurtent aux difficultés et aux lenteurs nées des

grandes transformations institutionnelles décidées en 2005. Pour autant, toutes les observations se rejoignent sur l'engagement majeur des départements, la profonde transformation en cours et de très significatives réussites.

### Analyse des données recueillies en 2007 au titre de l'année 2006

Malgré les données partielles recueillies, des enseignements utiles peuvent dès à présent être tirés des réponses validées par 57 départements.

Concernant tout d'abord la répartition des demandes déposées en 2006, respectivement pour les personnes handicapées adultes et pour les enfants handicapés, il est intéressant d'observer que :

#### Pour les adultes (échantillon : 45 MDPH)

- les trois principales catégories de demandes, qui représentent un total de 65 % de l'ensemble, concernent les cartes d'invalidité (26 %), l'allocation aux adultes handicapés (22 %) et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (17 %);
- les demandes directement liées à la compensation du handicap (prestations, orientations en établissements et services) ne concernent que 11 % de l'ensemble des demandes, soit 3 % au titre de la PCH, 2 % au titre de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), 4 % pour les compléments de ressources et 2 % au titre d'une orientation institutionnelle.

#### Pour les enfants (échantillon : 50 MDPH)

- les deux principales catégories de demandes (soit 72 % du total) concer-



*Maison départementale des personnes handicapées à Tours*



ment d'abord les orientations en établissements et services (39%) puis les demandes d'AEEH (33%);

- les demandes directement liées à l'intégration scolaire restent modérées (11%), qu'il s'agisse des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (5%) ou des avis de transports scolaires (6%).

#### Il convient également de souligner sur la base des données recueillies que :

- la part des demandes concernant les enfants dans le total des demandes est en moyenne de 16,5% et varie, selon les MDPH, entre 11 et 29% ;
- pour chaque catégorie de prestations, la part la plus importante des premières demandes, au regard du total des demandes déposées, concerne pour les adultes la PCH (100%) et les auxiliaires de vie scolaire (65%) pour les enfants ;
- toutes prestations confondues, les taux d'accord ressortent à 70% des demandes du secteur adultes et à 95% des demandes du champ de l'enfance ;
- les délais de traitement des demandes et leurs dispersions sont plus importants dans le domaine des adultes que dans celui des enfants : 4 mois avec un écart-type de 1,4 mois dans le premier cas, 1,5 mois avec un écart-type de 0,6 dans le second.

#### Actualisation des données disponibles en 2007

##### Bilan de l'organisation des MDPH

Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont toutes été créées en 2006 et installées, sans réels décalages entre le mois de création et le mois d'installation, à l'exception d'une seule créée en avril 2007. Ainsi 94% des CDAPH installées ont pris des décisions dès

#### Les effectifs des MDPH (fin 2006)

En un an, la part des effectifs des personnels d'État est passée de 62 à 49%, tandis que celle des effectifs du conseil général passait de 22 à 31% du total. Dans le même temps, la proportion des personnels directement recrutés par les GIP a évolué de 4 à 13%, soit plus qu'un triplement. Les données disponibles ne permettent pas encore de repérer l'existence ou non d'effets de substitution entre ces 3 catégories.

le mois de l'installation (81%) ou le mois suivant (13%).

En avril 2007, 90% des fonds départementaux de compensation étaient créés, étant entendu que le délai entre l'installation du fonds et sa première intervention a été de deux mois pour 50% des MDPH et d'un mois ou moins pour 20% d'entre elles.

##### L'activité des MDPH

Pour le détail des demandes de PCH reçues en MDPH (70 600), et celui des décisions examinées par les CDAPH (23 500), on se reportera aux éléments figurant en annexe 5.

On peut noter dès à présent que, sur le premier trimestre 2007, près de 32% des PCH présentées pour décision à la CDAPH sont refusées en moyenne. La dispersion autour de la moyenne est importante : le taux de refus s'échelonne de 7% à 70%.

Les questionnaires mensuels en 2007 permettent d'isoler les différents éléments attribués de la prestation de compensation et notamment leur nombre et les montants.

On trouvera en annexes les principales données retraçant le détail des attributions de PCH.

Soulignons dès maintenant qu'en moyenne, sur le premier trimestre 2007, parmi les éléments de la prestation de compensation, la moitié

des attributions concerne les aides humaines, et un cinquième les aides techniques. Toutefois, en termes financiers, si les aides humaines représentent une proportion comparable, les aides techniques ne représentent plus que 15% du total, tandis que les aménagements de logements et de véhicules représentent une proportion en coût de l'ordre de 37% du total (18% en nombre de décisions).



# IV

## Les aides techniques et humaines

Améliorer l'efficacité et le bon usage des aides techniques et la professionnalisation des aides humaines qui concourent à l'autonomie





Qu'elles soient techniques (fauteuils roulants, prothèses...) ou humaines (modernisation de l'aide à domicile...), les aides déployées sont nombreuses et sont au cœur des plans d'aide pouvant être financés par la PCH et l'APA. La Caisse s'est appliquée en 2006 et 2007, notamment au travers d'études et d'enquêtes, à optimiser l'emploi de ces aides, avec toujours pour objectif le bien-être des bénéficiaires, personnes handicapées ou âgées.



## Les aides techniques : garantir la transparence de leur production, de leur distribution et de leur usage

Éclairer le marché des aides techniques et améliorer leur emploi a été identifié dans le rapport annuel 2006 de la CNSA comme un objectif prioritaire. L'effort a principalement porté sur les quatre points suivants :

- rassembler les bases de données existantes dans le cadre d'une « Métabase » et faciliter son accès via un portail Internet ;
- approfondir la connaissance et la compréhension de la formation des prix de certaines aides techniques ;
- contribuer à l'édiction de bonnes pratiques en matière d'acquisition d'une aide technique ;
- définir, dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, un programme de travail à court et moyen terme.

### Métabase : un nouveau portail internet « trois en un »

Le site internet d'information sur les aides techniques, baptisé Métabase, ouvrira son portail à la fin de l'année 2007 : il comprendra les trois bases de données existantes les plus importantes, à savoir celle du CERAH (Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés) du ministère de la Défense, celle de la Fondation Garches et celle d'Hacavie (Handicap et cadre de vie).

La CNSA a, à cette occasion, contribué financièrement à ce que ces trois opé-

rateurs puissent fiabiliser le contenu et étendre le champ de leurs banques de données.

### Prix des aides techniques : une première enquête pour optimiser les achats

Une première phase d'analyse de trois catégories d'aides techniques très représentatives – fauteuils roulants, audio-prothèses, aides à la communication visuelle –, a permis d'apporter un éclairage sur l'organisation de ces marchés et sur les conditions concrètes d'acquisition de ces aides, et d'élaborer une méthodologie d'enquête pour un suivi de l'évolution des prix.

La deuxième phase, sous forme d'une enquête auprès d'un échantillon de 26 MDPH sur les dossiers d'attribution de ces aides au titre de la PCH, a fourni une analyse concrète de la réalité de terrain notamment sur les quantités de chaque type d'aides effectivement attribuées, sur les relations avec les fournisseurs de ces aides et sur leurs prix qui varient assez fortement selon les lieux de distribution.

L'étude a donné lieu à la réalisation, en juillet 2007, d'un projet de guide d'aide à la décision d'acquisition d'aides techniques. Ce document a pour objectif de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques, et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution. Il est de nature à aider les MDPH à comprendre les mécanismes d'achat actuels et à jouer pleinement leur rôle dans la prise de décision en matière d'attribution d'aides techniques.

Un travail conjoint entre la CNSA et plusieurs représentants de MDPH en mai

2007 a été l'occasion de présenter les résultats des deux phases des travaux et d'échanger sur les axes d'optimisation retenus dans ce guide. Il ressort de ces échanges trois actions à engager par la CNSA et à diffuser ensuite au sein des MDPH :

- la diffusion et l'utilisation d'un devis-type auprès des distributeurs ;
- le rapprochement puis la collaboration des MDPH avec les centres de ressources ;
- le remplissage du document de saisie pour abonder le référentiel de prix de certaines catégories d'aides techniques.

### Appui à l'organisation d'une audition publique sur les bonnes pratiques d'acquisition d'une aide technique

Organisée en mars 2007 avec l'AFM, la CRAMIF, la Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité et l'appui scientifique de la Haute autorité de santé (HAS), cette audition intitulée « Acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quels processus ? » a permis de produire des recommandations et propositions autour de 5 objectifs principaux :

- garantir le rôle et la place de la personne en situation de handicap à toutes les étapes du processus d'acquisition ;
- permettre aux acteurs de progresser dans leurs pratiques ;
- assurer un recours de première intention plus qualifié (rôle référent des ergothérapeutes, consultations externes à partir de structures médico-sociales ou des réseaux de santé) ;
- mettre en lien les acteurs, préciser leurs places respectives (notamment par un maillage régional du territoire en centres ressources labellisés) ;
- poursuivre le débat public (notam-

ment, en distinguant les aides techniques des dispositifs médicaux, en ouvrant le débat sur le financement collectif des aides techniques, en promouvant la « conception universelle » permettant aux personnes handicapées d'accéder aux produits grand public).

La méthodologie de l'audition publique, qui constitue une démarche novatrice et originale pour le secteur médico-social, a suscité une véritable mobilisation de l'ensemble des acteurs, professionnels et usagers des aides techniques qui ont été amenés à identifier, analyser et à débattre en commun des principales questions posées au développement de ce secteur. Le travail réalisé a été de qualité, en particulier s'agissant des recherches bibliographiques et des contributions des experts, il a servi à la commission d'audition pour élaborer son rapport et ses recommandations en toute indépendance.

Ces recommandations, qui n'engagent évidemment que la commission d'audition, seront analysées par la CNSA. Elles constitueront à l'évidence une base de travail permettant de définir des priorités d'actions et de recherches pour favoriser un recours adéquat aux aides techniques.

#### **Le programme de travail établi par l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques**

Réuni en juin 2007, le nouvel observatoire créé par la CNSA a adopté son programme de travail qui prévoit quatre actions prioritaires à mettre en œuvre dans les prochains mois.

**L'établissement d'un tableau de bord statistique sur les données utiles à la fabrication et à l'innovation d'aides**

**techniques dans le domaine des trois catégories d'objets traceurs :**

- les véhicules pour personnes handicapées : fauteuil roulant manuel de base, fauteuil roulant électrique de base, fauteuil roulant manuel léger actif, fauteuil roulant électrique sophistiqué, scooter ;
- les audioprothèses ;
- les aides techniques à la communication pour déficients visuels : revues d'écran, plage braille, machine à lire.

Cet outil devra s'appuyer sur l'exploitation des résultats des enquêtes de population HID (Handicaps–Incapacités–Dépendance) et Handicap Santé, ainsi que sur des enquêtes spécifiques auprès des usagers et des industriels. Il est destiné à renseigner les acteurs de toute nature (industriels, chercheurs, utilisateurs d'aides techniques, associations...) sur les besoins et usages d'aides techniques en France.

**L'élaboration d'un cahier des charges pour une étude comparative européenne des prix sur les trois produits traceurs retenus par l'observatoire.**

L'Union européenne tend à constituer une zone économique spécifique avec des normes techniques communes, la marque CE, et la présence d'Eurostat qui constitue un outil partagé de connaissance.

L'enquête concernera quelques uns des pays de cet espace ayant une position reconnue sur ce secteur, notamment la Grande-Bretagne, l'Allemagne, les pays nordiques et l'Italie. Elle s'efforcera d'y faire participer les associations de personnes handicapées et les fabricants de ces pays.

Pour obtenir des données effectivement comparables, il sera nécessaire d'étudier également les conditions de prise en

charge associées, les processus et les circuits de distribution ainsi que la fiscalité applicable.

**L'élaboration du cahier des charges d'une enquête sur la typologie du service rendu et sa qualité lors de l'acquisition des audioprothèses** par les personnes sourdes, auprès d'un panel de MDPH et d'adhérents d'associations de déficients auditifs. À cela s'ajoutera l'élaboration d'un devis retraçant les services effectivement assurés.

**L'établissement d'une cartographie territoriale des distributeurs de fauteuils roulants et services après-vente.**

#### **L'étude prospective conjointement menée avec l'ANR sur les technologies pour la santé et l'autonomie**

Une étude prospective sur les nouvelles technologies pour la santé et pour l'autonomie pilotée avec l'Agence nationale de la recherche (ANR) a été réalisée par un cabinet d'études. Elle a procédé à un diagnostic des innovations technologiques du marché de la santé et à la mise en regard des technologies pour l'autonomie à venir avec les besoins des personnes dépendantes et leur niveau d'acceptabilité.

Elle a permis de faire des propositions pour améliorer l'accompagnement du transfert des technologies et leur diffusion vis-à-vis en particulier des industriels et des MDPH.

Ces recommandations concrètes permettront à l'ANR d'orienter ses prochains appels à projets dans le cadre de son programme TecSan (cf. chapitre v).

## Les aides humaines : promouvoir la professionnalisation des acteurs de l'aide à domicile et moderniser l'organisation des services d'accompagnement

Sans préjudice du développement des accompagnements en institution qui demeurent incontournables, une large majorité des personnes ayant besoin d'aide pour leur autonomie souhaite une organisation de leur projet de vie en milieu ordinaire, notamment à domicile, qui soit à la fois adaptée et de qualité.

La satisfaction de cet objectif passe par le développement et une bonne structuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. À ce titre, en reprenant les attributions du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), la CNSA dispose d'une section budgétaire (section IV) dédiée principalement à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, incluant depuis 2007 les accompagnements des personnes handicapées, en sus des personnes âgées.

L'action de la CNSA s'inscrit dans le droit-fil des recommandations émises par le Conseil économique et social en janvier 2007 qui visent à impliquer les départements dans un processus conventionnel avec les opérateurs locaux de l'aide à domicile. L'objectif consiste à promouvoir la qualité des prestations et la qualification des intervenants, à mutualiser certaines fonctions de gestion des prestataires, et de garantir une bonne continuité des trajectoires entre domicile et accueil en institution.

Par ailleurs, la CNSA a signé avec la nouvelle Agence nationale des services à la personne (ANSP) un protocole de coopération afin de coordonner les actions conduites et mutualiser les savoir-faire.

Comme l'annonçait le rapport annuel de 2006, les actions de la CNSA, qui font l'objet, en l'état actuel des textes, d'un pilotage partagé avec les services de l'État (DGAS), se sont développées dans quatre directions principales :

- la conclusion de conventions départementales tripartites ;
- l'expérimentation d'une ingénierie de projets dans trois régions ;
- la poursuite d'appels à projets nationaux ;
- l'instauration de partenariats avec les principaux opérateurs et fédérations de l'aide à domicile.

### Un dispositif partenarial conventionnel de proximité avec les conseils généraux

La sous-consommation des crédits inscrits au FMAD puis à la section IV du budget de la CNSA, observée au cours des précédents exercices, avait notamment pour origine le fait que les départements n'étaient, la plupart du temps, pas associés à la programmation des actions de modernisation financées. Et ce alors même que les présidents des conseils généraux sont pleinement compétents pour conduire la politique de maintien à domicile pour son versant non médicalisé.

C'est pourquoi la CNSA a impulsé dans ce secteur la réalisation de diagnostics locaux partagés, mobilisant décideurs et acteurs concernés sur un même territoire. Sur la base de ce constat, est encouragée la conclusion de conventions départementales entre le préfet

de département, le président du conseil général et le directeur de la CNSA.

Ces conventions tripartites ont vocation à devenir l'outil privilégié pour garantir localement une politique globale pluriannuelle de structuration, de modernisation et de professionnalisation des opérateurs et acteurs de l'aide à domicile. À la fin de l'année 2007, le nouveau dispositif conventionnel devrait couvrir environ 44% des départements, qu'il s'agisse de conventions déjà en cours d'exécution (12), de conventions en cours de rédaction (12) ou de départements candidats à un tel conventionnement (20).

### Expérimentation d'une ingénierie de projets : trois régions pilotes

En complément de la démarche conventionnelle précitée et afin d'accroître l'efficacité et l'efficience des actions de modernisation de l'aide à domicile, la CNSA a proposé à la DGAS d'initier en novembre 2006 une expérimentation dans les 18 départements relevant des régions Centre, Bretagne et Midi-Pyrénées, pour dégager une méthode de travail entre les décideurs et les acteurs reposant sur trois objectifs :

- mesurer l'intérêt d'un appui méthodologique auprès des services déconcentrés et décentralisés dans l'élaboration d'actions dans ce domaine ;
- repérer les leviers pour pallier les difficultés rencontrées entre décideurs et porteurs de projets ;
- créer un pôle ressources favorisant la reproductibilité des méthodologies retenues.

Le bilan de cette expérimentation a permis de dégager deux familles de projets pouvant bénéficier d'un sou-

tien méthodologique et d'outils de pilotage adaptés :

- les projets définissant le rôle de chaque partenaire local pour s'inscrire dans la démarche de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile ;
- les projets fixant les priorités répondant aux besoins d'un territoire, à partir d'un diagnostic local partagé.

Le plan d'actions découlant de l'expérimentation sera conjointement arrêté par la CNSA et la DGAS en fin d'année 2007.

#### **Approfondissement des partenariats avec les opérateurs nationaux de l'aide à domicile**

Afin de renforcer la cohérence des politiques conduites en introduisant au plan national ce qui est préconisé au plan local, plusieurs accords-cadre ont été négociés avec les grandes fédérations, têtes de réseaux de l'aide à domicile (UNA, ADESSA, ADMR...) ainsi qu'avec les particuliers employeurs (FEPEM). La CNSA a demandé à l'État que ces accords puissent être conclus d'ici à fin 2007.

#### **L'expérimentation d'une ingénierie de projets de modernisation de l'aide à domicile**

L'expérimentation, qui a duré 10 mois, s'est déroulée en trois phases : observation et diagnostic, conception d'une méthodologie d'accompagnement des projets, bilan/évaluation et axes d'amélioration.

Les projets retenus au titre de l'expérimentation ont été :

- l'accompagnement pour l'élaboration d'un accord-cadre départemental de modernisation de l'aide à domicile (Loiret) ;
- la réalisation d'un diagnostic local, en vue de l'élaboration d'un accord cadre départemental (Côtes-d'Armor) ;
- la mise en place d'un dispositif structuré support à la qualification des personnels intervenant auprès des personnes âgées et handicapées (Midi-Pyrénées).



## **Mieux savoir pour mieux agir**

Poursuivre l'approfondissement des connaissances, promouvoir l'innovation et développer les partenariats





Le champ de l'autonomie souffre d'un manque souvent dénoncé d'outils de connaissance et de structuration des efforts de recherche. La CNSA est appelée à contribuer à renverser cet état de fait, d'une part en raison de son rôle actif de maître d'ouvrage et de financeur de nouveaux systèmes d'information, d'autre part grâce à la conduite d'études et de recherches opérationnelles, pour lesquelles elle bénéficie du regard pluridisciplinaire de son Conseil scientifique.

## La poursuite de l'installation du système d'information

Dans ce domaine, deux axes de travail ont structuré l'activité de la CNSA en 2007 :

- les principes de gouvernance générale des systèmes d'information ;
- les systèmes d'information thématiques.

### Gouvernance des systèmes d'information : permettre une vision d'ensemble grâce à un schéma directeur

Les travaux conduits par la CNSA et les services de l'État ont permis de finaliser l'organisation et la gouvernance des systèmes d'information du domaine « handicap-autonomie », grâce à un schéma directeur désormais validé.

Ce schéma directeur a pour objectif de formaliser l'expression des besoins en information de l'ensemble des maîtrises d'ouvrage (État, départements, CNSA), concourant à la visibilité du pilotage des politiques conduites dans le champ de l'autonomie.

Ce document structure les systèmes d'information autour de quatre axes ou « macro-projets » :

- personnes handicapées
- personnes âgées
- établissements et services médico-sociaux
- informations sur les aides techniques.

La cohérence entre ces macro-projets est assurée à la fois :

- **d'un point de vue technique**, car les systèmes d'information propres à chaque « macro-projet » doivent être organisés suivant une logique dite d'« urbanisation » qui :

- préconise que les applications mises en œuvre répondent directement à une logique métier (et constituent ainsi un « bloc » ou « quartier » du système d'information) ;
- structure les échanges de données entre ces « blocs » comme le fait le réseau routier entre les différents quartiers d'une ville ;
- s'appuie sur l'ensemble des repertoires ou des référentiels déjà en place dans le domaine du médico-social (par exemple : utilisation du numéro du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux pour identifier les établissements médico-sociaux FINESS) ;
- favorise la restitution des informations, en particulier celles nécessaires au pilotage des politiques suivant les besoins des acteurs dans une logique de système d'information décisionnel.

- **d'un point de vue de gouvernance**, en renforçant le rôle de coordination du Comité de pilotage des systèmes d'information du domaine « handicap-autonomie », présidé par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, et en l'ouvrant aux représentants des départements.

### Les principaux « quartiers » du système d'information

#### Les informations issues des MDPH :

Le 16 mai 2007, le Journal Officiel publiait le décret autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ce décret, pris après avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en date du 18 janvier 2007 et un avis favorable du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPL) du 28 février 2007 :

- précise les finalités des systèmes d'information mis en place par les MDPH ;
- définit les données relatives aux personnes handicapées sollicitant une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) que peuvent détenir les MDPH ;
- permet, dans les strictes limites des éléments nécessaires à la continuité de la gestion des dossiers des bénéficiaires de droits, la transmission des données entre la MDPH et l'organisme chargé de la liquidation ou de la mise en place du droit.

Il apporte ainsi un cadre réglementaire homogène et cohérent à tous les systèmes d'information mis en place par les MDPH.

Ce décret autorise également la MDPH à identifier les personnes demandant à bénéficier d'une décision de la CDAPH par leur numéro d'identification au répertoire des assurés sociaux (NIR, plus communément appelé numéro INSEE), ce qui facilitera les échanges avec les organismes déjà autorisés à détenir ce numéro et améliorera la qualité du service proposé aux personnes handicapées.

Un autre décret est en attente de publication. Il organisera, conformément à la loi du 11 février 2005, la transmission des données de la MDPH vers la CNSA et permettra de mettre en place un système d'information capable de produire les indicateurs nécessaires aux acteurs de la politique du handicap, et cela, quel que soit leur niveau d'intervention (départemental, régional, national).

Ces textes ont fait l'objet de larges échanges avec les conseils généraux.

La CNSA a également contribué, en attendant la mise en place de systèmes d'information modernes et pour éviter les ruptures de traitement dans la chaîne de mise en place d'une prestation par les MDPH, au maintien en fonctionnement des anciens applicatifs des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), respectivement intitulés ITAC et OPALES.

Par ailleurs, la CNSA a proposé aux MDPH qui le souhaitent, des spécifications techniques pour le développement de leur système d'information, en proposant par exemple une liste exhaustive des données pouvant être traitées par le système et des valeurs pouvant être prises par ces données.

Ici encore, sans constituer un cahier des charges qui s'imposerait aux départements, ces documents offrent à ceux d'entre eux qui souhaitent les utiliser un cadre homogène et cohérent qui facilite à la fois le travail technique de leur MDPH, sans interférer avec son organisation propre, et les futures possibilités de transmission de dossiers de département à département (par exemple, lors d'un déménagement de la personne handicapée).

Enfin, en 2007, la CNSA a initié un certain nombre de travaux avec l'ensemble des organismes ayant à mettre en œuvre une décision d'une CDAPH, qu'elle soit relative à une prestation (Caisse nationale des allocations familiales, Mutualité sociale agricole...), à l'orientation professionnelle (ANPE, Service public de l'emploi) ou scolaire (Éducation nationale). Ces travaux sont destinés à proposer des nor-

mes entre la MDPH et les différents organismes qui sont ses partenaires.

Tous ces travaux font d'ailleurs l'objet chaque année d'une restitution, suivie d'échanges et de débats, pour tous les départements (MDPH et directions des systèmes d'information départementales) au travers d'une « journée des systèmes d'information des MDPH » organisée par la CNSA, selon un principe et un calendrier conjointement arrêtés entre la CNSA et l'ADF.

#### **L'accès à l'information sur les aides techniques :**

Comme indiqué plus haut, la CNSA ouvrira, avant la fin de l'année 2007, un site Internet offrant aux personnes à la recherche d'information sur les aides techniques un outil de recherche adapté à la spécificité de ces aides (opération « Métabase » décrite au chapitre IV).

Ce site, qui ne constitue pas en soi une base de données, renvoie après analyse structurée des critères de recherche au contenu d'une des bases d'information reconnues et validées.

Il s'adressera tant à la personne elle-même ou à ses aidants, qui pourront faire des recherches par grandes fonctionnalités (« se laver », « se déplacer »...), qu'aux professionnels du secteur à qui sera également offerte la possibilité de faire une recherche par code ISO.

#### **Les informations relatives aux établissements et services médico-sociaux :**

Outre la rénovation de l'applicatif SAISEHPAD qui permet aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS-DRASS) de suivre la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la CNSA a entrepris, comme indiqué au chapitre II

ci-dessus, le développement d'un nouvel applicatif destiné à ces mêmes DDASS et DRASS : il permettra aux tarificateurs de mieux centraliser le suivi des comptes administratifs et des budgets exécutoires des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées (REBECA).

Ce même applicatif permettra également de consolider les indicateurs médico-économiques transmis par les établissements accueillant des personnes handicapées et qui décrivent le fonctionnement de ces derniers à partir de différentes mesures de leur activité et de leurs moyens (population accueillie, activité, personnel, coût de la structure). REBECA a été conçu en concertation avec les DDASS et dans le souci d'éviter le plus possible les ressaisies d'informations par les tarificateurs.

La CNSA envisage également de proposer aux DDASS un logiciel susceptible d'améliorer le suivi de la création des places nouvelles, en particulier pour les établissements accueillant des personnes âgées. Toutes ces applications utilisent des technologies Web, afin de faciliter leur déploiement et leur maintenance.

On peut ajouter enfin que la convention CNAMTS-CNSA, décrite plus loin dans le présent chapitre, a organisé un dispositif d'échange d'informations, permettant aux deux organismes d'accéder aux applicatifs qu'ils gèrent respectivement.





*Résidence des Weppes, hébergement temporaire et centre Barrois, soins et aide à domicile de la Croix-Rouge française à Fournes en Weppes*



## **Le Conseil scientifique : garant de la fiabilité scientifique des connaissances et méthodes de la CNSA**

Le Conseil scientifique, dont on trouvera la composition en ouverture du présent rapport, présente, ainsi qu'il a été dit plus haut, un caractère pluridisciplinaire très marqué afin de couvrir tous les champs de compétence de la Caisse.

Installée en mai 2006, cette instance s'est déjà réunie à trois reprises en formation plénière en novembre 2006, mai et septembre 2007. Certains thèmes prioritaires sont approfondis au sein de commissions spécialisées.

Six priorités ont été retenues, les thèmes correspondants étant traités dans les six commissions *ad hoc* :

- l'évaluation des besoins des personnes;
- les données locales relatives au champ de l'autonomie;
- la constitution de centres d'expertise pour les aides techniques;
- l'organisation des réponses dédiées aux handicaps rares;
- le développement de comparaisons internationales;
- le développement de colloques et l'animation scientifique.

**Concernant l'évaluation des besoins des personnes**, la réflexion s'est construite en deux temps : l'analyse des caractéristiques des outils d'évaluation existants, et l'approfondissement de la notion d'évaluation et de la fonction d'évaluateur.

L'état des lieux des outils et démarches d'évaluation sélectionnés s'est concen-

tré sur l'évaluation individuelle des besoins de compensation des personnes handicapées et/ou des personnes âgées. Les informations sont recueillies auprès des professionnels, à partir de fiches dont les items permettent de caractériser ces outils et d'analyser le sens donné à chaque démarche.

Fin 2007, une étude sera lancée dont l'objet est des entretiens semi-directifs auprès d'usagers ayant fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins.

Il sera procédé en 2008 à une analyse et à une restitution de fiches-synthèses pour chaque outil/démarche et d'un rapport avec une typologie et des recommandations pour le choix ou la conception d'outils ainsi que pour les pratiques d'évaluation.

**S'agissant de la notion d'évaluation et de la fonction d'évaluateur**, l'enjeu consiste à délimiter le champ de l'évaluation, à identifier l'organisation des actions (travail en équipe et en réseau), les fonctions et compétences nécessaires, et à accompagner les professionnels au changement induit par les nouveaux dispositifs. En 2007, une analyse bibliographique a été conduite sur ce thème et une large enquête de terrain lancée, afin de déboucher sur l'édition d'un « guide repère » sur la fonction « évaluateur/évaluation ».

En 2008, il sera procédé à une synthèse de la démarche entreprise, en analysant les convergences et écarts entre la théorie et la pratique de l'évaluation, en recherchant les actions, méthodes et compétences à faire valoir pour améliorer l'exercice de la fonction d'évaluateur, et en proposant des modes d'accompagnement et des plans de

formation aux divers acteurs de l'évaluation des besoins des personnes.

**Concernant la production de données locales**, l'enjeu est d'améliorer la mise à disposition des opérateurs des statistiques permettant d'orienter les politiques locales d'aide à l'autonomie (Observatoire régional de la santé, Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie, extensions locales de l'enquête Handicap Santé...). Les travaux entrepris visent à contribuer à la valorisation et à la mutualisation des productions de données statistiques locales dans le domaine de l'aide à l'autonomie, et à proposer des projets de recherche ou procéder à des appels à projets pour permettre aux opérateurs locaux de disposer des méthodologies ou outils nécessaires à la mobilisation de ces données.

**S'agissant des handicaps rares**, l'objectif poursuivi est de s'assurer que les cinq catégories, définitions et orientations définies par la réglementation actuelle, restent pertinentes ou d'envisager d'éventuels remaniements.

La réflexion conduite met en perspective la réponse aux handicaps rares, avec la question plus générale des handicaps à expression complexe : en quoi le concept du handicap rare se distingue-t-il des maladies rares et des situations dites « de grande dépendance » ?

Conformément à la loi et à la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État, la CNSA proposera une méthode pour améliorer les réponses aux besoins prioritaires identifiés (enjeux de planification, programmation, organisation) dans le cadre du projet de schéma national que la CNSA doit élaborer dans ce domaine.



**En matière de centres d'expertise pour les aides techniques**, dédiés aux personnes handicapées comme aux personnes âgées, les travaux de la commission répondent à un triple objectif :

- dresser un état des lieux des compétences disponibles qui permettra d'amender et de valider le schéma proposé ;
- élaborer un cahier des charges des centres nationaux d'expertise, définissant leurs missions, les axes de leur organisation et de leur fonctionnement, leurs besoins de financement, et enfin leur responsabilité dans la montée en charge et l'animation du maillage du territoire par les MDPH et les structures d'orientation pour personnes âgées ;
- émettre des propositions sur les modalités de soutien de ces centres par les institutions d'appui à la recherche et celles contribuant au financement de l'aide à l'autonomie, ainsi que la coordination de leurs interventions.

**Dans le champ des comparaisons internationales**, la commission *ad hoc* s'est fixée quatre missions :

- produire une information adaptée aux besoins du secteur, avec un travail de sélection et de hiérarchisation ;
- faciliter la mobilité des jeunes chercheurs (praticiens, cliniciens, chercheurs) ;
- soutenir des recherches internationales ;
- promouvoir des réseaux mixtes (professionnel et scientifique).

**Concernant enfin l'organisation de colloques et l'animation scientifique**, la commission constituée sur ce thème a travaillé à la satisfaction de deux objectifs principaux.

Tout d'abord, faire connaître la CNSA et les problématiques du handicap et de l'autonomie :

- en organisant des sessions dans le cadre de colloques multidisciplinaires, afin d'attirer les communautés scientifiques sur ces questions ;
- en organisant un grand colloque sur l'évaluation des besoins des personnes couvrant les dimensions de sémantique, le point de vue des professionnels, des scientifiques, des institutionnels et des usagers au regard de la loi du 11 février 2005.

Ensuite, rapprocher les chercheurs et les professionnels :

- en amenant des chercheurs à la thématique du handicap et de l'autonomie (par différentes actions de soutien à la recherche, financement de bourses ou de projets de recherche...)
- en faisant prendre conscience aux professionnels de la richesse des éléments d'expérience dont ils disposent et des bénéfices qu'ils pourraient tirer à conduire des travaux avec des chercheurs pour prendre du recul sur leurs pratiques et conceptualiser et diffuser leurs savoirs.

### **Construire une politique scientifique s'inscrivant dans une logique partenariale et de réseaux**

De manière générale, les champs d'investigation de la CNSA peuvent se décliner selon trois dimensions :

- celle des personnes et de l'évaluation de leurs besoins, au niveau individuel et au niveau collectif ;
- celle de l'offre proposée en réponse,

avec les aides humaines, les aides techniques, les structures médico-sociales, le logement et l'accessibilité des lieux...

- celle des modes d'accompagnement et de coordination, intégrant les dimensions sanitaire, médico-sociale et sociale, examinés de manière pluridisciplinaire (sociologique, psychologique, organisationnelle, économique...).

Par ailleurs la CNSA s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue des réponses apportées aux personnes et des dispositifs d'accompagnement.

La démarche empruntée peut être décomposée en quatre volets :

- un premier volet pour réunir les connaissances nécessaires à l'analyse des écarts et des dysfonctionnements. Ces informations doivent être aussi un moyen de débattre sur des bases objectives ;
- un second volet pour proposer de nouvelles solutions et pour les tester avec méthode ;
- un troisième volet pour mettre en œuvre de manière opérationnelle les solutions éprouvées ;
- enfin un volet pour évaluer, identifier les améliorations possibles et démultiplier.

Ces quatre composantes s'appuient à la fois sur l'utilisation optimisée des systèmes d'information, sur les études, programmes de recherche et les actions innovantes développées dans le cadre de la section V du budget de la Caisse ainsi que sur les actions conduites sous l'égide du Conseil scientifique de la CNSA.

### La personne et ses besoins au niveau individuel

Nous avons vu précédemment que l'évaluation des besoins des personnes fait l'objet de travaux conduits par une commission du Conseil scientifique. La situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des personnes en situation de handicap psychique est analysée plus particulièrement.

On notera également que deux expérimentations sont en cours pour l'évaluation des besoins de personnes âgées en perte d'autonomie, avec les démarches SMAF (Dordogne) et GEMAPA (Creuse).

### Les personnes et leurs besoins au niveau collectif

Dans ce domaine, la commission *ad hoc* du Conseil scientifique a identifié les questions principales que se pose la CNSA pour le pilotage de son action et a examiné la manière d'y répondre par les enquêtes existantes: l'enquête Handicap Santé qui est conduite par la DREES et l'INSEE (réalisation 2008 en ménages et 2009 en institutions) et le système d'information des MDPH en cours de construction.

La question de la collecte d'informations pour les personnes atteintes de handicap mental, psychique ou cognitif et pour leurs aidants a été étudiée en particulier. Une enquête complémentaire sur les aidants informels est en cours de préparation. Il est prévu de proposer à des chercheurs de conduire des enquêtes qualitatives sur des sous-échantillons de la population recrutée dans cette enquête. Un appel à projets de recherche sera lancé dans ce sens en 2008 avec la DREES, probablement dans le cadre de l'Institut de recherche en santé publique.

Il est également envisagé de conduire des études dans le cadre de la section V, études épidémiologiques pour mieux connaître les populations en situation de perte d'autonomie, avec, le cas échéant, la mise en place de cohortes.

### L'offre sous forme d'aides individuelles, d'adaptation de l'habitat et de structures médico-sociales

#### Les aides humaines

Concernant l'offre proposée en aides humaines, outre la promotion d'actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation dans le domaine des métiers de service prévus dans le cadre de la section IV, le Conseil scientifique a inscrit dans ses priorités la question des aidants informels pour laquelle de grandes études pluridisciplinaires devraient être soutenues en particulier dans le cadre d'appels à projets de recherche comme celui lancé dans le cadre du réseau européen ERA-AGE sur le vieillissement pour financer des chercheurs (post-docs) européens (en cours, programme post-docs sur trois ans de 2008 à 2010).

Dans le cadre d'un partenariat sur trois ans avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), deux études vont être conduites:

- une étude sur les besoins et les attentes en éducation pour la santé des aidants familiaux (participation prévue de l'association France Alzheimer et de la Fondation Médéric Alzheimer au comité de pilotage de l'étude)
- une étude qualitative et/ou quantitative sur les connaissances, les attitudes, les pratiques des professionnels (paramédicaux et sociaux) à l'égard de la prévention et de l'éducation pour l'autonomie.

Par ailleurs toujours avec l'INPES, il est prévu une action de formation en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec l'élaboration d'un kit de référence national en formation et d'une formation de formateurs des intervenants professionnels auprès des personnes âgées.

Enfin la CNSA a contribué à un colloque franco-israélien sur les défis du vieillissement (1<sup>er</sup> et 2 octobre 2007) qui a traité en particulier des soins et des aides aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec pour objectif de donner lieu au montage de programmes de recherche franco-israéliens dans ce domaine.

#### Les aides techniques

On a déjà mentionné plus haut l'étude prospective sur les nouvelles technologies pour la santé et pour l'autonomie conduite en partenariat avec l'Agence nationale de la recherche.

Un appel à projets de recherche (TecSan) lancé début 2007 en partenariat avec l'Agence nationale de la recherche pour soutenir des projets de technologies innovantes pour la santé et pour l'autonomie va permettre de financer, entre autre, un projet d'aide à distance à la vie quotidienne pour des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Par ailleurs la CNSA et l'ANR se sont positionnées pour permettre la participation de la France dans le cadre de l'initiative européenne « assistance à l'autonomie à domicile » (article 169 du Traité) qui a pour but de développer et d'utiliser les technologies de l'information et de la communication « TIC » pour améliorer la qualité de la vie et l'autonomie des personnes âgées

et leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement habituel.

### **Les structures médico-sociales et le logement**

Un appel d'offres pour des accueils de jour et gardes itinérantes de nuit lancé en 2006 a abouti en 2007 (sur la base d'un guide de réflexion de la Fondation Médéric Alzheimer) et une quarantaine de projets ont été retenus.

Par ailleurs un groupe de travail prospectif du Conseil, intitulé « du projet de vie au lieu de vie » pour sortir de l'alternative domicile/établissement, a analysé des solutions innovantes de logement et d'accompagnement (petites unités de vie, regroupements intergénérationnels...). Dans ce domaine, une recherche-action, en partenariat avec la Fondation de France et la DGAS, est en cours sur de nouvelles formes d'habitat collectif accompagné pour personnes âgées et devrait déboucher sur un cahier des charges pour la réalisation d'un programme architectural. D'autres projets autour des politiques territoriales de l'habitat et du choix de vie au grand âge ou visant à développer des solutions intergénérationnelles sont en cours.

Une expérimentation pour la mise en œuvre d'une formule s'inspirant du dispositif canadien « Baluchon Alzheimer » (suivi temporaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile) est en cours de montage par la DES, en lien avec la CNSA, la Fondation Médéric Alzheimer et la DGAS.

Enfin il est envisagé, toujours en partenariat avec la Fondation Médéric Alzheimer, d'assurer une veille sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement en utilisant des

indicateurs permettant de mesurer l'évolution générale de l'offre et des disparités locales.

### **Les modes d'accompagnement et de coordination**

Dans le domaine des modalités d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, le nombre de structures et d'acteurs impliqués étant très important (hôpital, établissements d'hébergement médico-sociaux, accueils de jour, CLIC, médecins généralistes, services d'aides à domicile, équipes médico-sociales, réseaux gérontologiques...), toute solution permettant de coordonner l'ensemble des actions pour mieux accompagner la personne est la bienvenue.

Dans ce cadre, à la demande de la Direction générale de la santé, la CNSA participe au financement d'une étude « gestionnaire de cas » PRISMA France avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou, à Paris, dans l'Essonne et en Alsace. De plus, un appel à projets de recherche avec la Haute autorité de santé (HAS) est en cours sur l'évaluation et l'amélioration de la prise en charge globale des personnes ayant besoin d'aides à l'autonomie.

Dans l'avenir on doit imaginer pour les personnes en situation de handicap, comme pour les personnes âgées, la mise en place d'un processus plus intégré (accueil, évaluation, suivi). Certains départements ont déjà commencé à aller dans cette voie en articulant CLIC et MDPH.

Par ailleurs, la CNSA soutient des projets de recherche pour l'étude de thérapies non médicamenteuses :

- une grande étude d'évaluation des thérapies non médicamenteuses

(ETNA) conduite par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de Bordeaux;

- une étude est en cours sur la mise en place d'un atelier de contes auprès de personnes en institutions atteintes de la maladie d'Alzheimer, soutenue aussi par la Fondation de France et la Fondation Médéric Alzheimer.

Pour conclure cette rubrique, soulignons que la CNSA développe ses interventions selon sept modalités principales :

- des appels à projets de recherche;
- un soutien à des études ou actions spécifiques, sous la forme d'appels d'offre;
- une aide à des actions innovantes remontant du terrain;
- un soutien aux jeunes chercheurs (post-docs, financement de projets de recherche...);
- la conclusion de conventions avec des opérateurs nationaux (INPES, HAS, IReSP, ANR...);
- une participation à des programmes européens;
- des soutiens à divers colloques.

## **Les expériences innovantes soutenues par la section V du budget de la caisse**

La section V du budget de la CNSA est dédiée « aux autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ». Les dotations inscrites à ce titre (20 M€) correspondent essentiellement à des crédits d'études finançant des projets répondant aux quatre grands thèmes déterminés avec la Direction générale de l'action sociale (DGAS)

après avis du Conseil de la Caisse pour les années 2006-2007 :

- connaissance de la situation des personnes privées d'autonomie;
- anticipation des problématiques émergentes;
- connaissance et évaluation des aides techniques;
- mesures de l'efficacité des actions conduites.

Les dossiers éligibles au financement de la section V ont été sélectionnés au regard du respect des 6 critères suivants :

- la correspondance du projet avec le champ de compétence de la CNSA;
- l'intérêt de l'étude ou du projet au regard d'un bilan de l'existant;
- le caractère opérationnel des finalités de l'étude ou du projet;
- le caractère exemplaire du projet : celui-ci peut être à caractère national ou local, mais en cas de projet local, celui-ci doit traiter d'un sujet majeur pouvant faire l'objet d'une extrapolation;
- la qualité méthodologique de l'étude ou de construction du projet (incluant une composante pluridisciplinaire) et comportant les indicateurs d'évaluation de cette qualité;
- le caractère non pérenne du financement de l'opération (durée maximale : 2 ans).

L'annexe 6 récapitule l'essentiel des actions financées par la section V.

## L'appel à projets aide aux aidants

À la suite des propositions du rapport intitulé « La famille, espace de solidarité entre les générations » remis au ministre chargé de la famille, et à l'issue de la conférence de la famille de juillet 2006, le rôle important des aidants dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie a été souligné avec le souhait de les reconnaître mais aussi de les soutenir.

Un appel à projets (doté de 2,8 M€ sur 2007 et 2008) a donc été lancé début janvier par la CNSA, la délégation interministérielle à la Famille (DIF), la délégation interministérielle à l'Innovation, à l'Expérimentation sociale et à l'Économie sociale (DIIESES), la Direction générale de l'action sociale (DGAS) afin d'expérimenter une offre locale territorialisée organisant une sensibilisation, un accompagnement et une formation des aidants familiaux de personnes âgées et handicapées, répondant à leurs problèmes et leurs attentes.

290 dossiers ont été déposés dont 278 déclarés recevables et examinés par le comité de sélection en avril dernier.

Une grande variété de porteurs de projets a déposé un dossier : les CLIC arrivent en tête puis les établissements d'hébergement et les établissements sanitaires, les organismes de formation, les associations d'usagers ou de familles, les organismes de protection sociale, les collectivités territoriales (conseils généraux, CCAS...), les UDAF et les MDPH.

Le comité a retenu 96 dossiers pour la somme globale de 2 786 946 euros, dont 2 241 873 euros financés par la section V de la CNSA et 545 073 euros financés par la DIIESES.

Ces dossiers se répartissent ainsi :

- personnes âgées : 63 dossiers (65%) dont 20 explicitement dédiés aux aidants de malades d'Alzheimer,
- personnes handicapées : 10 dossiers (10,4%) : tous les types de handicap sont représentés sauf la déficience visuelle,
- personnes âgées et handicapées : 21 dossiers (21,9%)

Le nombre important de dossiers reçus, malgré les délais très courts de l'appel à projets, démontre bien que les acteurs des deux secteurs se sont emparés de ce problème majeur dans l'accompagnement des personnes les plus fragiles et les plus vulnérables, avec inventivité et professionnalisme. Le problème du financement de ces projets, pour leur mise en place et pour leur pérennisation, reste un souci pour la grande majorité des promoteurs qui sont souvent des CLIC, des associations, des MDPH.

## Plusieurs conventions passées avec les organismes partenaires

### Les conventions signées avec les caisses nationales de sécurité sociale

Un décret du 27 juillet 2006 fixe le cadre général et les principales composantes des conventions que la CNSA doit conclure avec les principales caisses nationales de sécurité sociale. Ainsi, deux conventions ont été négociées, et pourront être signées en 2007.

La convention passée avec la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV) organise principalement la complémentarité des actions conduites par les deux caisses autour de la satisfaction des trois objectifs suivants :

- renforcer la coordination des politiques d'intervention des deux caisses sur la prévention pour l'autonomie, financées sur les crédits dont chacune dispose ;
- contribuer au développement de politiques territorialisées d'accompagnement du vieillissement pour l'aide au maintien à domicile des personnes âgées, ainsi que pour l'hébergement collectif ;
- promouvoir des études et recherches conjointes ou complémentaires, y compris au plan international, sur les thèmes du vieillissement, de la prévention pour l'autonomie et de l'aide à l'autonomie, et organiser des échanges réguliers d'information sur l'activité des deux caisses sur ces mêmes thèmes.

La convention passée avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) vise égale-

ment à renforcer la cohérence et la complémentarité des actions conduites par les deux caisses. Elle fait porter la priorité sur la réalisation de quatre objectifs majeurs :

- conforter et articuler les politiques d'intervention des deux caisses sur le manque et la perte d'autonomie, et notamment celles mobilisant des financements relevant du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) ou du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de la CNAMTS, et des crédits inscrits aux sections IV et V du budget de la CNSA ;
- promouvoir une politique partagée dans le domaine de l'acquisition, du bon usage, du financement des aides techniques mises à disposition des personnes handicapées ou âgées, et de l'observation de leurs coûts ;
- développer des actions conjointes et une réflexion prospective commune sur les modalités d'organisation, de gestion et de financement de l'aide à l'autonomie, notamment en matière de coordination entre secteur sanitaire et secteur médico-social, incluant l'articulation avec les soins de ville et la structuration des réseaux de santé, le pilotage de la dépense médico-sociale et de son évolution et des processus de tarification, des études et recherches coordonnées ;
- consolider et partager les informations relatives à l'organisation et au financement des divers dispositifs relatifs à l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Une convention est enfin en cours d'élaboration avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

### Les conventions conclues avec d'autres organismes nationaux

Début 2007, une convention-cadre a été conclue avec l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGFIPH) qui fixe les axes de collaboration suivants :

- l'évaluation des personnes handicapées au regard de l'emploi ;
- l'information des personnes bénéficiaires des dispositions de la loi du 11 février 2005 ;
- la formation des professionnels des MDPH sur les dispositifs relatifs à l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- la cohérence des interventions et la mise en commun de l'expertise des deux organismes en matière de compensation du handicap.

Une convention pluriannuelle 2007-2009 a été conclue avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Six programmes d'actions, financés par la CNSA à hauteur de 3,25 M€, ont été retenus dont certains ont déjà fait l'objet d'une présentation dans les pages précédentes :

- la détermination des besoins en éducation pour la santé des personnes handicapées ;
- l'adaptation au public handicapé des actions de sensibilisation et de formation en prévention et promotion de la santé ;
- la détermination des besoins en éducation pour la santé des aidants familiaux ;
- l'étude quantitative et qualitative sur les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé et sociaux à l'égard de la prévention et de l'éducation de la personne âgée en perte d'autonomie ;



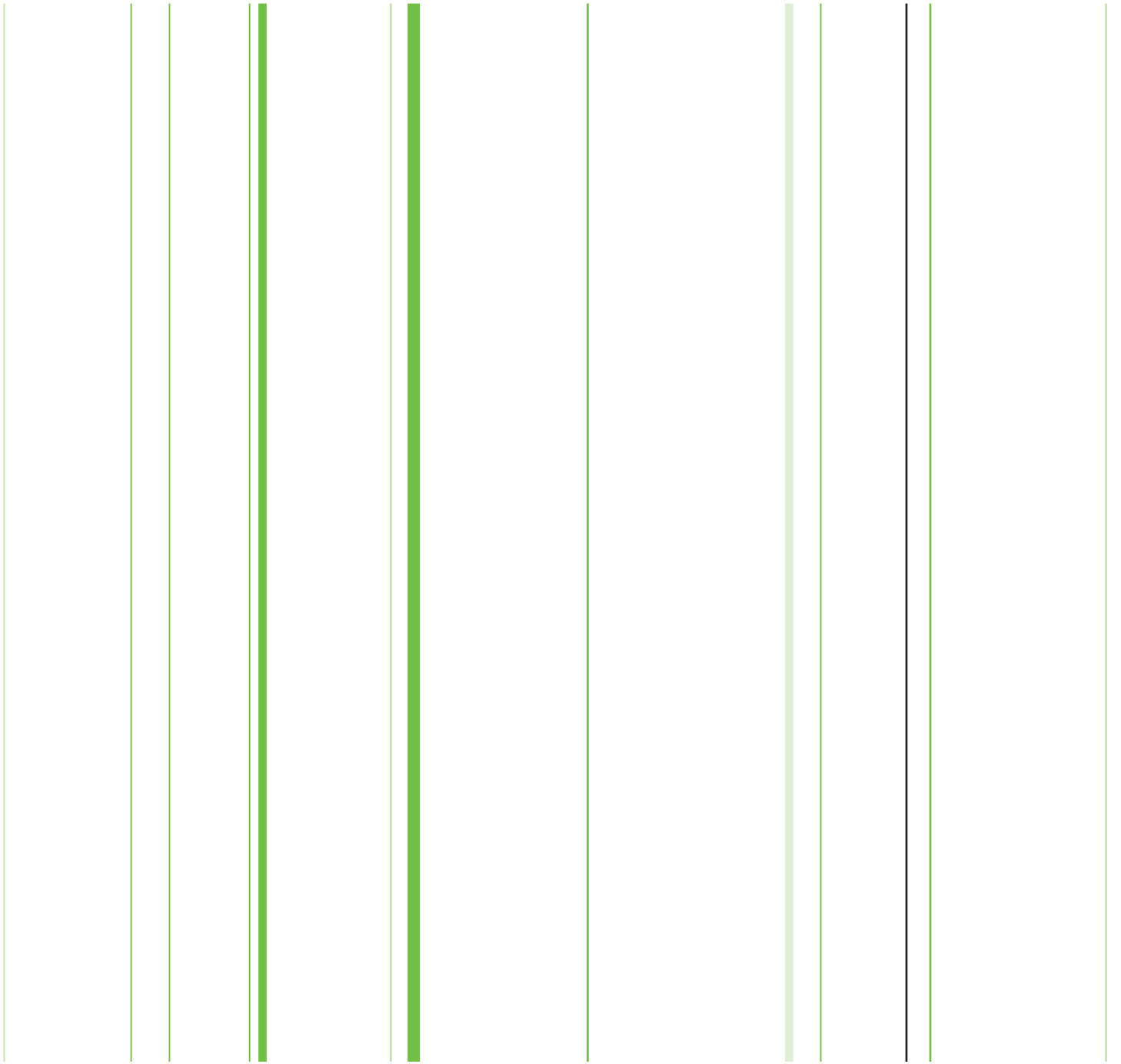
- l'élaboration d'un kit de référence national de formation en matière de prévention pour l'autonomie de la personne âgée;
- la participation au projet PRISMA France.

Une convention-cadre de coopération a été signée au mois d'avril 2007 avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), avec pour objectif d'améliorer la connaissance des questions relatives à l'autonomie par :

- le renforcement des collaborations engagées dans la mise à disposition réciproque des données statistiques produites par chaque organisme;
- une bonne articulation des programmes de travail propres à la DREES et à la CNSA, tout en encourageant la mise en œuvre de projets communs.

La CNSA figure enfin au nombre des signataires de la convention créant l'Institut des Données de Santé (IDS). Cet organisme, prévu par la loi de juillet 2004 portant réforme du système de santé, a pour objet d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie. Il veille à la mise à disposition mutuelle des données issues des systèmes d'information de ses différents membres.

Installé le 30 mars 2007, il a inscrit à son premier programme de travail la mise en place d'études sur la prise en charge des frais de soins et d'accompagnement à l'autonomie.



# VI

## **Solidarité pour l'autonomie**

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale

# POURQUOI

Le Conseil de la CNSA, dans son premier rapport annuel pour 2006, avait souhaité contribuer, par ses réflexions prospectives relatives à un « cinquième risque »<sup>3</sup>, à l'élaboration d'une solidarité nouvelle pour compenser la perte d'autonomie et pour assurer l'accompagnement qui s'impose en certaines circonstances de la vie. Quelques axes prioritaires s'étaient ainsi dégagés en faveur d'une démarche de convergence et d'améliorations dans la gouvernance du dispositif institutionnel. Quelques questionnements principaux avaient également pu être dégagés d'un commun accord entre les membres du conseil.

En prolongement, ce dernier chapitre du rapport annuel de la CNSA pour l'année 2007 vise à identifier une trame de réflexion commune aux membres du Conseil de la CNSA sur l'architecture d'une nouvelle solidarité pour l'autonomie, ainsi que les différents points d'une concertation à conduire. Autrement dit : rassembler les points de convergence ou de compromis possibles entre les membres du conseil et, sur cette base, identifier les sujets qui font débat et qui devront dès lors être arbitrés à l'issue d'une large concertation conduite par les pouvoirs publics.

Le présent rapport entend par là préciser les éléments constitutifs de ce nouveau « champ » de protection sociale, en rappelant que la perspective d'inscrire la solidarité pour l'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale reste une revendication première pour certains membres du Conseil de la CNSA.

Du même coup il se veut également – et c'est le fruit de la gouvernance engagée depuis deux ans au sein de la CNSA – un apport de méthode dans la conduite d'une réforme ambitieuse, et une manière de favoriser son appropriation collective.

<sup>3</sup> « Avec ambition, penser un cinquième risque », Rapport de la CNSA pour 2006, p.77

## POURQUOI FAIRE ?

### Les raisons qui font que le statu quo n'est pas envisageable

Des éléments de réponse aux besoins d'autonomie existent déjà, et mobilisent des moyens publics : pour l'essentiel il s'agit de l'APA (qui a pris la suite, à partir de 2002, de la « prestation spécifique dépendance » créée en 1997, et représente aujourd'hui plus de 4 milliards d'euros) et de la PCH (créée par la loi du 11 février 2005, et qui doit se substituer à l'ACTP, l'ensemble des deux prestations représentant un peu moins d'un milliard d'euros). S'y ajoutent un ensemble de prestations particulières d'action et d'aide sociales le plus souvent accordées par les collectivités locales (comme par exemple le service de repas à domicile ou d'aides ménagères), et des prestations d'action sociale dites extra-légales de l'assurance maladie, des allocations familiales ou de l'assurance vieillesse<sup>4</sup>.

Mais si la question posée a donc déjà trouvé ses réponses dans une multitude de dispositifs, quelquefois en marge du champ normal d'intervention des organismes qui les délivrent (et au risque de réponses différentes selon l'âge de la personne), et si l'on doit souligner les réformes intervenues depuis le début des années 2000 (notamment la refonte du statut des établissements médico-sociaux, la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie, l'élargissement des compétences des conseils généraux et la création de la CNSA), force est d'admettre que ces réponses diverses n'équivalent pas encore à une réponse d'ensemble. Les progrès de ces dernières années en appellent de nouveaux ; d'une part en raison d'un certain nombre de dysfonctionnements persistants ; d'autre part en raison de la forte expression des besoins à satisfaire.

<sup>4</sup> À ces dépenses viennent s'ajouter toutes celles qui, très proches par leur finalité, concourent à l'accompagnement de l'autonomie des personnes : dépenses d'hébergement des personnes âgées et handicapées couvertes par les collectivités locales (pour près de 5 milliards d'euros), dépenses d'assurance maladie très étroitement liées aux situations dans lesquelles l'autonomie de la personne est en jeu (ONDAM médico-social, coût des unités de soins de longue durée, ou autres dépenses de soins de ville et de l'ONDAM sanitaire). Bref, au total, et selon cette acception large de la question, des montants qui représentent aujourd'hui plus de 2% du PIB



# POURQUOI

## A-I

### **Malgré l'amélioration apportée les mécanismes existants, fortement mis sous tension, suscitent des critiques**

#### **1) Bien qu'ayant représenté une indéniable avancée, la mise en œuvre de l'APA révèle plusieurs limites**

On peut notamment observer que :

- malgré la forte progression des dépenses publiques au titre de l'APA ces dernières années, il subsiste des situations de reste à charge élevé, ou de nombres d'heures de prise en charge insuffisants. Car la croissance des dépenses est davantage liée au nombre des attributions qu'aux montants financiers individuels. Il en est souvent résulté un coûteux saupoudrage, laissant la prise en charge des situations individuelles les plus lourdes à des niveaux trop bas ;
- le taux de couverture, par les crédits nationaux, des dépenses engagées par les départements au titre de l'APA diminue de deux à trois points par an, du fait de l'absence d'indexation des concours nationaux sur les dépenses réelles, ce qui reporte sur les départements une charge de plus en plus difficile à financer. Cette absence d'indexation conduit au demeurant au phénomène inverse pour le taux de couverture des dépenses départementales de PCH ;
- la création de la PCH fait apparaître, entre l'APA à domicile et cette nouvelle prestation, une différence de construction difficilement justifiable dans les méthodologies d'évaluation du besoin et la définition des prestations nécessaires (notamment s'agissant de la prise en compte des besoins en activités domestiques) ;
- il en va de même pour le mode de calcul de l'APA en établissement par rapport à l'APA à domicile ;
- le niveau de solvabilisation des personnes prises en charge par le dispositif de l'APA comporte des disparités d'un département à un autre.

#### **2) L'application de la loi de février 2005, reconnue comme une nouvelle page décisive pour les personnes en situation de handicap<sup>5</sup>, soulève encore de réelles difficultés**

Ainsi notamment :

- les dépenses plus faibles qu'attendues de PCH et la substitution très lente de l'ACTP témoignent d'une difficulté réelle de mise en œuvre de la réforme de 2005 et soulèvent la question du taux de couverture par la PCH de l'ensemble des surcoûts liés au handicap, des conditions d'accès à cette prestation et des ressources des personnes en situation de handicap ;
- la disparité d'interprétation des textes (notamment concernant les heures d'aide humaine au titre de la participation à la vie sociale), et les disparités de pratique dans l'évaluation des besoins ;

<sup>5</sup> en ouvrant clairement un droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale et en garantissant l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens

- le fait que les personnes handicapées de moins de vingt ans restent partiellement exclues de la prestation de compensation du handicap ;
- le fonctionnement des MDPH, qui souffre de la gestion difficile des mises à disposition des personnels de l'État, et plus largement de difficultés de pilotage liées au statut de GIP, qui rend plus ardue la résorption des délais de réponses et la construction d'une culture nouvelle et partagée.

Au total, le sentiment demeure que, malgré l'effort collectif que représentent les différentes aides et prestations, les conditions chaque fois particulières de leur gestion et de leur administration (qu'il s'agisse des méthodes d'évaluation, des critères, des compétences institutionnelles...) introduisent toute une série de discontinuités – notamment d'âge – dans la manière dont sont accompagnées les personnes et dont sont pris en compte leurs besoins d'aide à l'autonomie. Discontinuités et cloisonnements qui sont à la fois générateurs de complexité pour les personnes, de moindre qualité de leur prise en charge, et de risque de rupture dans l'accès à leurs droits.

## A-11

### **Quelques motifs majeurs rendent nécessaire l'élaboration d'une nouvelle réponse**

#### **1) Un constat d'abondants besoins, régulièrement débattu au sein du Conseil de la CNSA**

En dépit des efforts très importants réalisés ces dernières années, les PRIAC témoignent de la nécessité d'accroître encore l'offre quantitative et qualitative d'établissements et services au regard des besoins – ainsi d'ailleurs qu'en témoignent à leur manière les enquêtes d'opinion – aussi bien en nombre de places d'hébergement que d'accueils temporaires ou de services à domicile. S'y ajoutent les besoins exprimés en dotations budgétaires pour financer la masse salariale et le prix des facteurs, de même que les moyens à mobiliser pour surmonter les difficultés de recrutement de personnel, aussi bien globalement que pour certaines qualifications, et assurer la rénovation des équipements existants.

S'agissant des personnes âgées, il ressort d'ailleurs une relative correspondance entre ces évaluations de terrain et les données qui ont servi de base aux cadrages du « plan solidarité grand âge » engagé en 2006.

À cela s'ajoute que l'insuffisance actuelle de places en établissements et services est aggravée par des disparités d'équipements qui restent grandes entre régions et entre départements.

# POURQUOI

## 2) L'une des préoccupations majeures est celle du niveau des restes à charge et des restes à vivre

Plusieurs membres du Conseil considèrent que la question du reste à charge pour les personnes handicapées vivant à domicile n'a pas été réglée avec la création de la PCH.

Mais la question est encore plus fréquemment soulevée du coût de l'hébergement en EPHAD et en USLD, qui n'est pas pris en charge par la solidarité publique, ainsi que celle du ticket modérateur appliqué à l'APA en établissement pour financer ce que les textes appellent la « section tarifaire dépendance », car l'un et l'autre dépassent ensemble, très souvent, les capacités financières des personnes et des familles concernées. Il y a là une attente très forte, reflet d'une vive inquiétude face à l'avenir : il convient de comparer en effet le coût mensuel moyen pour une personne âgée hébergée en établissement, qui se situe autour de 1500 €, au montant moyen des retraites qui est de l'ordre de 1200 €<sup>6</sup>.

Il faut également prendre en compte la situation du conjoint valide qui reste à son domicile et doit conserver des moyens de subsistance décentes. Le problème étant identique pour la famille qui répond elle-même aux besoins d'autonomie de son parent.

Quant au « reste à vivre » laissé à la disposition de la personne bénéficiaire d'une prise en charge par l'aide sociale, il est d'un niveau radicalement différent dans les établissements pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées (dans un rapport de près de un à trois en défaveur des personnes âgées).

Plus généralement, c'est bien une vision globale des restes à charge, après intervention de l'ensemble des mécanismes de solidarité, à laquelle il convient de s'attacher : cela afin de tenir compte aussi des frais de soins, mais également des effets non-redistributifs, voire dans certains cas anti-redistributifs, des aides fiscales en fonction du revenu<sup>7</sup>.

## 3) L'épuisement des aidants familiaux est un autre constat, aussi préoccupant que largement partagé

Faute qu'il existe encore suffisamment de solutions dites « de répit » (accueils de jour, accueils temporaires, « vacances thérapeutiques »...) ou d'accompagnement des aidants, une donnée brutale résume toutes les autres : l'augmentation de la mortalité des conjoints de malades Alzheimer<sup>8</sup> par rapport à des personnes du même âge n'ayant pas à assumer de semblables charges physiques et morales.

<sup>6</sup> Comparaison qui mériterait certes d'être affinée, en s'attachant d'une part à distinguer, au-delà des chiffres moyens, les disparités de situations, et notamment les situations les plus dramatiques des « petites retraites », et d'autre part en tenant compte de l'ensemble des revenus de la personne, dans le cadre d'une approche qui tienne compte de tout le cycle de vie.

<sup>7</sup> Le rapport Gisserot a ainsi mis en évidence que lorsque l'on prend en compte toutes les aides publiques à la dépendance (APA, aides fiscales à la dépendance, « demi-part invalidité » à laquelle ont droit les personnes dépendantes), il ressort que les plus hauts revenus (à partir de 3,2 SMIC) sont davantage aidés que les revenus moyens (entre 1,6 et 3,2 SMIC).

<sup>8</sup> R.Moulias, M-P Henry, C.Ollivet « Alzheimer et maladies apparentées », Masson, Paris, 2005.

Les réflexions de la conférence de la famille de juillet 2006 ont amorcé une orientation nouvelle en faveur des solidarités familiales, avec notamment la création du congé de soutien familial avec maintien des droits à la retraite. Pour autant, bien des revendications portées en 2006 par le mouvement familial, les associations concernées et les partenaires sociaux<sup>9</sup> ne sont pas aujourd'hui satisfaites et méritent de l'être.

Dans le champ du handicap, l'épuisement des familles est également un réel sujet de santé publique.

#### **4) La croissance du nombre et le renforcement de la professionnalisation des personnels qui interviennent en établissement et dans le cadre des services à domicile sont une priorité largement partagée**

La qualité du service rendu en établissement d'hébergement pour personnes âgées comme à domicile relève très largement d'une croissance, ardemment souhaitée, des taux d'encadrement en personnel et d'une formation professionnelle spécifique. En raison notamment de ce que ces établissements accueillent des résidents de moins en moins autonomes, et très particulièrement des personnes atteintes de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés). Il en est de même au sein de certaines catégories d'établissements et de structures d'accueil pour personnes handicapées.

Ce meilleur accompagnement des personnes est à la fois une des dimensions de la « bien-traitance » en établissement, et un enjeu du libre choix entre le maintien à domicile et le recours à un hébergement en institution.

Il faut à ce sujet relever que la mise en œuvre des différents dispositifs permettant l'augmentation et la professionnalisation des personnels des établissements n'a pas été accompagnée d'une réflexion et d'une action prospective sur la démographie des différentes professions concernées, sur la capacité des systèmes de formation et la qualification des formateurs, entraînant en de nombreux endroits du territoire une situation de pénurie de certaines catégories de personnel qui, elle-même, induit une compétition entre opérateurs.

Cette expression de besoins devrait également trouver sa réponse dans une politique de santé davantage axée sur la prévention des maladies handicapantes et la prévention de l'aggravation des handicaps évolutifs. Ces deux préventions comportant à la fois des actions médicales et des actions dans des domaines non médicaux.

<sup>9</sup> Cf. « La famille, espace de solidarité entre générations », rapport et propositions remis au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mai 2006.

# POURQUOI

## **5) Enfin, et ce n'est pas la moindre des préoccupations, la question se pose du mode de financement durable d'une dépense particulièrement « dynamique »**

En effet, la croissance des besoins de financement est sûre, en raison notamment :

- d'une croissance démographique des personnes âgées ayant un besoin d'aide à l'autonomie qui devrait être de l'ordre de 1,3% à 1,6% par an jusqu'en 2012 puis de 0,8% à 1,1% entre 2012 et 2025<sup>10</sup>. Ce phénomène démographique est important, même s'il n'a pas le caractère de « vague déferlante » quelquefois redouté,
- d'un besoin d'aide croissant résultant d'une disponibilité moindre des « aidants naturels » (qui sont aujourd'hui massivement sollicités : entre 80% et 90% des cas),
- des hausses de salaires pour les personnels sanitaires et sociaux, qui seront nécessaires pour répondre au défi de l'attractivité de ces métiers, ainsi que l'accroissement de leur nombre – au demeurant programmé dans le « plan solidarité grand âge » lancé en 2006,
- des besoins croissants de suivi post-hospitalier à domicile et en établissement ou service médico-social, en raison notamment du raccourcissement des durées de séjour,
- de l'impact possible de la convergence des différents dispositifs de compensation prévue par la loi du 11 février 2005,
- et enfin du changement de regard sur les situations de handicap : la société reconnaît désormais que même une personne souffrant de fortes incapacités a des projets quel que soit son âge, et s'efforce de vivre « normalement ».

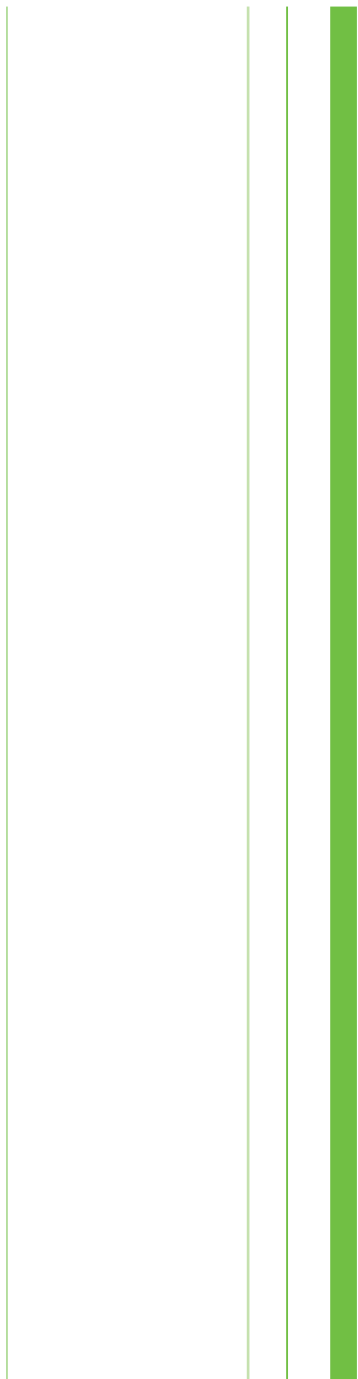
Aujourd'hui l'attente est grande pour l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes. Cette attente est celle, multiforme, des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, des équipes qui travaillent pour elles, en institutions ou à domicile. Elle est celle de toute personne atteinte de maladie invalidante ou chronique. Elle est celle des familles.

En conséquence il convient de :

- 1) susciter une quantité et une qualité de services à la hauteur des besoins recensés ;
- 2) en particulier, aider les aidants familiaux et soulager les familles et les personnes concernées du poids financier des restes à charge à domicile ou en établissement ;
- 3) développer pour cela les dispositifs institutionnels et financiers, publics et privés, les plus appropriés ;
- 4) en particulier, sécuriser le financement public de la compensation pour l'autonomie.

<sup>10</sup> Source DREES.





# COMMENT

## COMMENT FAIRE ?

### Les principes qui doivent guider l'action

La création de la CNSA en 2005 représente une étape majeure qui a accompagné, déjà, un certain nombre de réalisations, et qui en même temps n'est pas l'étape ultime : il y a encore bien des points de progrès possibles, dont on prend d'ailleurs mieux conscience après deux ans de fonctionnement concret. Le « laboratoire » qu'est la CNSA permet à la fois de dire que c'est possible et qu'il faut aller plus loin.

C'est en ce sens que le Conseil de la CNSA souhaite que toute décision concernant la mise en œuvre d'un nouveau champ de protection sociale prenne appui sur des fondamentaux dégagés au cours de ces deux dernières années.

Au nombre de ceux-ci, il y a l'affirmation forte que l'objectif d'autonomie n'est pas de se limiter au versement d'une somme d'argent, mais de permettre à toute personne, par un éventail de services et d'aides diversifiées, y compris financières, l'exécution autonome des gestes de la vie courante et l'accès à une vie sociale.

Ces services et ces aides individuelles se présentent d'ailleurs comme autant de compléments aux politiques – qui doivent être prioritaires – de « l'accessibilité » des équipements et services collectifs, et notamment des services publics. Raison – parmi d'autres – pour laquelle la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie ne saurait conduire à un désengagement de l'État.

Bref, dans la compensation pour l'autonomie, l'aide financière n'est qu'un moyen, et un moyen parmi d'autres. La composante financière du droit à compensation n'a donc de sens qu'à la double condition :

- d'être incluse dans un dispositif d'information et de conseil, d'orientation, de mise à disposition de services de qualité ;
- et d'être pensée non pas comme un simple montant financier versé selon certaines clés réglementaires, mais comme une réponse à une situation et à un projet de vie personnalisés.

Le Conseil de la CNSA retient en conséquence quatre grandes orientations de principe dans l'élaboration du nouveau champ de protection sociale :

- 1) une convergence sans confusion,
- 2) une réponse de proximité,
- 3) une exigence d'égalité de traitement,
- 4) une confiance partagée.

## B-I

### **Pour respecter la logique fondamentale d'évaluation personnalisée des besoins : une convergence sans confusion**

Le Conseil de la CNSA rappelle ici l'affirmation de son rapport d'octobre 2006 selon laquelle « l'autonomie est, à l'évidence, une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de part et d'autre de la limite, purement administrative, des 60 ans ».

L'équité, la justice, le bon sens même, rejoints d'ailleurs par tous les travaux scientifiques, montrent qu'il n'est pas possible d'introduire une frontière d'âge dans les désavantages de vie personnelle et sociale causés par une incapacité physique ou psychique. Il convient donc d'aborder résolument la question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence », c'est-à-dire de l'approche des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celle ou celui qui les subit.

Mais en même temps, l'approche de « convergence » s'oppose radicalement à la confusion des politiques à conduire en direction des différents publics concernés : « convergence » ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge, mais approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrète.

Dès lors, en ne s'attachant qu'à la situation et au projet de vie de la personne, on affirme du même coup que les réponses à apporter ne seront absolument pas les mêmes, dans leur contenu quantitatif et qualitatif, par exemple pour une jeune personne handicapée physique en recherche d'insertion professionnelle, et pour une personne très âgée atteinte de troubles cognitifs. Pour certains membres du Conseil, cette distinction des situations doit aussi, au moment où s'examine le financement des aides à l'autonomie, prendre en considération les capacités contributives de la personne du fait, par exemple, d'un patrimoine important ou d'une vie professionnelle antérieure<sup>11</sup>.

Parler de « convergence » et vouloir partir exclusivement des besoins particuliers de chaque personne sont une seule et même chose. Et qui s'oppose, par construction, à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations.

La démarche de « convergence » n'est donc pas une démarche d'uniformisation qui ne dirait pas son nom. Bien au contraire, le Conseil de la CNSA la retient en tant qu'elle est la seule véritable garantie que tout reposera toujours sur l'examen particulier de chaque situation de vie.

<sup>11</sup> Sous les réserves mentionnées par ailleurs à la note infrapaginale n° 22.

# COMMENT

À cela s'ajoute que la « convergence », indispensable en matière de politique de compensation pour l'autonomie, ne trouve pas la même justification dans d'autres volets des politiques publiques mobilisées pour les personnes handicapées, d'une part, et les personnes âgées, d'autre part. C'est au nom de cette distinction que doit se comprendre la conférence nationale du handicap, prévue tous les trois ans par la loi de février 2005. C'est dans ce même esprit que certains membres du Conseil suggèrent d'envisager la création d'une conférence de même type, et distincte, pour les personnes âgées.

## B-II

### Une réponse diversifiée de proximité

Le Conseil rappelle également ici cette phrase du rapport d'octobre 2006 de la CNSA : « la personne en perte d'autonomie est le cœur de l'action ».

C'est le projet de vie de chaque personne qui doit commander toute l'architecture institutionnelle qu'il convient d'instaurer. Dès lors, bien que certains de ses membres entendent souligner leur préférence initiale pour d'autres compétences décisionnelles qu'ils estimaient mieux à même de garantir une réelle égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, le Conseil de la CNSA peut s'accorder sur l'option qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie, et de veiller à une évaluation fine des besoins en valorisant le travail d'observation et d'analyses conduit sur chaque territoire départemental.

Cette fonction d'opérateur des départements s'appuie naturellement sur des règles de gouvernance locale associant l'ensemble des acteurs (une réflexion pouvant être conduite, de ce point de vue, sur le statut et le fonctionnement des CODERPA). L'objectif étant de mener à bien une évaluation fondée sur l'écoute attentive de chaque personne, en veillant à l'indépendance de la méthode d'évaluation par rapport à l'étape de décision et de financement.

Ce choix de la proximité est ainsi une question de « gouvernance » et de gestion locales, mais surtout de responsabilité de mise à disposition effective des services. En raison même de ce que, comme indiqué plus haut, le service à rendre ne peut pas se limiter au versement d'une somme d'argent. Une grande partie des besoins de la personne ou de son entourage est en effet de nature non monétaire : recherche des aides disponibles, information sur leur contenu et leur qualité, accompagnement dans l'accès aux services, etc.

Cette orientation en faveur de la gestion en proximité et d'une meilleure cohérence de l'action publique pour l'autonomie des personnes devrait également conduire – sans remettre en cause la pleine compétence des départements et des caisses à mener leur propre politique d'action sociale –, à renforcer les collaborations entre les conseils généraux et les caisses d'assurance vieillesse et leurs services spécialisés, quant à l'utilisation des fonds d'action sociale destinés aux personnes âgées.

### B-III

## **Dans l'intérêt des personnes, une exigence d'égalité de traitement compatible avec le choix d'une gestion de proximité**

Le choix de la proximité des modes de réponse est toutefois interpellé par l'exigence d'égalité entre tous les citoyens, qui est une des conditions de l'universalité de la protection sociale. L'égalité de traitement est un objectif fondamental d'un droit à la compensation de la perte d'autonomie : on ne peut pas parler de droit si son application dépend arbitrairement du lieu où il est exercé.

Mais en même temps, le meilleur pour chacun ne signifie pas la même chose pour tous. Comme il a été dit plus haut, la standardisation des réponses (prestations en nature, en espèces, orientations, aides techniques) qui reste certes envisageable, pour des raisons pratiques, sur certains aspects ponctuels de la réponse apportée, serait la négation même du droit à compensation si elle devait affecter la globalité de ce qui est proposé en réponse au projet de vie. Il est de l'essence même de l'éventail des services liés à la compensation que leur contenu ne soit pas uniforme, et prenne appui sur toutes les ressources institutionnelles et techniques de l'environnement local, qui est précisément l'environnement concret de la vie courante.

Toutes les mesures visant à garantir l'égalité de traitement doivent donc reposer sur des approches renouvelées. L'objectif à atteindre avec succès doit être – dans l'intérêt même des personnes concernées – de satisfaire à la fois ces deux valeurs, la proximité et l'égalité, en faisant en sorte que les impératifs qui en découlent ne soient pas contradictoires.

Ainsi, dans la perspective d'une autorité décisionnelle et de gestion confiée aux conseils généraux, il convient de confirmer le rôle d'un opérateur national – comme l'est aujourd'hui la CNSA – recevant mission d'apporter un appui technique (référentiels, informations méthodologiques, formation) aux collectivités départementales, de valoriser les expériences innovantes et de garantir l'équité par la péréquation financière, l'échange d'expériences et de savoir faire, l'harmonisation des méthodes de travail (cf. par exemple l'outil d'auto-évaluation et de pilotage local qu'est le « questionnaire de satisfaction des usagers »), la qualité des outils et l'homogénéité des méthodes d'évaluation<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> ce que faisant, la CNSA acquiert de manière très concrète une expérience sur deux questions techniques et institutionnelles fondamentales :

- comment garantir l'égalité de traitement territoriale pour des prestations qui se veulent en même temps « adaptées » à chaque cas particulier, et donc différentes par construction d'une personne à une autre ?  
- comment faire travailler ensemble, au sein de l'organe « national » qu'est la Caisse, les représentants des différents acteurs nationaux et locaux (tous représentés au Conseil de la CNSA) ?

# COMMENT

Cet opérateur, on y reviendra plus loin, devra également objectiver par une expertise statistique la ventilation des enveloppes budgétaires régionales et départementales pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

Cette voie mariant la proximité et l'égalité, riche d'avenir, est celle d'une économie publique partenariale faite de relations contractuelles effectivement respectées entre les acteurs concernés.

Elle est aussi celle d'une gestion « en réseau », permettant d'animer autour d'un objectif partagé les différents acteurs concernés et d'assurer les appuis techniques nécessaires. Ce qui suppose évidemment plus d'articulation entre le champ du soin et le champ de la compensation pour l'autonomie, et plus d'interventions coordonnées entre les soins de ville, les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux et les établissements et services sociaux<sup>13</sup>.

## B-IV

### **Une gouvernance qui s'appuie sur une confiance partagée**

L'amélioration de la gouvernance du dispositif institutionnel est à rechercher, elle aussi, dans le prolongement de ce qui s'est construit depuis deux ans avec la constitution du Conseil de la CNSA, au profit d'une réflexion partagée et d'un engagement commun de l'ensemble des acteurs concernés. Au sein d'un tel « espace public de débat » peuvent se confronter les projets, les attentes et aussi les contraintes de tous ceux qui y participent. De telle manière que puissent se dégager progressivement, portées par une conviction commune, les étapes concrètes du droit à la compensation pour l'autonomie.

Cette manière d'envisager l'avenir revient aussi à installer et reconnaître la CNSA dans sa fonction de médiation entre la politique nationale et les politiques locales. C'est par la CNSA qu'il doit être possible de faire en sorte qu'aucune politique nationale ne puisse être pensée ni mise en œuvre sans prise en réelle considération des contraintes locales, des situations propres à chaque département, des décisions prises par chaque conseil général. C'est également par la CNSA que les politiques locales pourront en contrepartie refléter les exigences de qualité et d'équité retenues par la collectivité nationale.

Un tel projet s'appuie sur une confiance particulière, celle qui peut se nouer entre les acteurs à proportion de l'effort de transparence et de qualité de l'information fournie. Cela suppose des progrès dans le système d'information, indéniablement. Mais il s'agit surtout d'un renversement de paradigme. Faire le point sur les besoins insatisfaits est exigeant, définir des priorités au

<sup>13</sup> Tout particulièrement sur les disciplines impliquées à la fois dans le soin et l'autonomie, telles que la gériatrie, la psychiatrie ou la rééducation-réadaptation.



sein même de ces besoins l'est encore plus, mais l'est bien davantage encore le fait d'expliquer et d'assumer les choix budgétaires, c'est-à-dire de fixer la temporalité des réponses au regard des impératifs de bonne gestion publique. L'objectif d'une nécessaire sincérité des prévisions budgétaires trouve là sa pleine justification.

# QUOI

## QUOI FAIRE ?

### Les composantes d'une réponse, et les points possibles de la concertation

La perspective est celle-ci : créer un droit universel, venant compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie courante et de la vie sociale, et cela quel que soit l'âge des personnes et quel que soit le facteur explicatif du besoin d'aide à l'autonomie.

Les situations qui portent atteinte à l'autonomie de la personne sont susceptibles de concerner chacun à tous les âges de sa vie, de l'enfance jusqu'au grand âge. Situations qui ont pu être définies comme « impossibilité ou difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne<sup>14</sup> et de participation à la vie sociale ». Mais qui peuvent aussi se définir en complémentarité de ce que couvrent déjà les autres instruments de la protection sociale. Mettre en place une protection sociale pour l'autonomie consiste à protéger de choses qui sont à la fois au-delà des soins (il ne s'agit plus de « lutter contre » la maladie, mais de « vivre avec »), et au-delà des dépenses de la vie courante (il s'agit de couvrir non pas les « coûts » mais des « surcoûts » de la vie quotidienne et de la vie sociale, tout ce que le revenu d'une personne placée dans une situation de vie ordinaire n'a pas à prendre en charge).

Là où la protection sociale est organisée de telle manière que soient couvertes en tout ou partie, par la solidarité publique et un recours aux mécanismes assurantiels de marché, d'une part les charges liées à une perte de l'état de santé (assurance maladie, accidents du travail), d'autre part les charges liées à une perte de revenus (retraites, allocations familiales, assurance chômage, RMI, RSA, AAH, pension d'invalidité, minimum vieillesse, allocations logement), il s'agit désormais d'élargir son champ pour veiller à compenser le mieux possible les effets des situations qui portent atteinte à l'autonomie de la personne<sup>15</sup>.

Ce qui doit donc être pris en compte c'est une logique de situation et non pas une logique de « publics ». Il ne saurait être question de créer une « sécurité sociale pour les vieux et pour les handicapés » ! Le Conseil de la CNSA en son rapport d'octobre 2006 soulignait que la « distinction par <public> concerné irait à l'encontre du principe d'universalité, essence même de la protection sociale ».

Le fait d'être placé dans une situation qui porte atteinte à l'autonomie ne saurait empêcher de bénéficier, comme tout un chacun, des droits universels de la protection sociale si l'on est malade ou qu'on se trouve confronté à une

<sup>14</sup> Techniquement parlant : les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités instrumentales.

<sup>15</sup> Approche qui, bien entendu, suppose de prendre en considération, dans la diversité des aides existantes, la part que celles-ci prennent déjà à la compensation pour l'autonomie. C'est notamment le cas des compléments de pension d'invalidité dits « de troisième catégorie ».

insuffisance de revenus. Ce qui doit être nouveau, dans le droit à compensation pour l'autonomie, c'est de répondre désormais aux effets spécifiques de cette situation, et de s'attacher aux charges nouvelles directement rattachables aux besoins d'autonomie. L'approche pouvant ainsi englober aussi bien les situations durables que, le cas échéant, certaines situations de handicap d'effet transitoire.

Ainsi, trois novations caractérisent le déploiement de cet espace de solidarité :

- c'est une solidarité qui met en jeu, au-delà des deux biens fondamentaux que sont la santé et le revenu, et sans se substituer aux solidarités informelles ou familiales, un troisième bien fondamental qui est la relation autonome à son propre environnement et la participation à la vie sociale ;
- c'est une solidarité collective qui vise l'autonomie de l'individu. Du collectif qui cherche à stimuler le développement de chacun dans ce qu'il a de particulier. Ce qui justifie, au passage, une réflexion à conduire d'entrée de jeu sur la place de la prévoyance individuelle portée par des institutions mutualistes ou des organismes assurantiels ;
- c'est une solidarité qui ne peut pas se penser séparément de la prise en charge des soins (par l'assurance maladie) et de la prise en charge de la perte de revenu (notamment par l'assurance vieillesse). Ainsi, en termes de gestion des politiques publiques, la cohérence est notamment à trouver autour d'un « champ » rassemblant les dépenses médico-sociales d'assurance maladie et les dépenses de compensation pour l'autonomie.

Trois orientations majeures s'en déduisent :

- 1) Créer un droit universel à la compensation pour l'autonomie.
- 2) Insérer ce droit dans une approche globale d'un nouveau « champ » de solidarité collective à partir de l'expérience et du périmètre de compétence actuel de la CNSA.
- 3) Mettre en place, à cette fin, une gouvernance nouvelle.

## C-I

**Créer un droit universel de compensation pour l'autonomie, c'est-à-dire le droit à un plan personnalisé de compensation et au financement, par la solidarité publique ou par une combinaison solidarité publique-prévoyance personnelle, des aides essentielles identifiées dans ce plan**

### 1) Identifier les besoins de chaque personne en élaborant un plan personnalisé de compensation

Il s'agit de pouvoir élaborer un plan personnalisé de compensation pour chaque personne ayant besoin d'aide à l'autonomie, quel que soit son âge.

# QUOI

La notion de plan personnalisé de compensation, introduite pour les personnes de moins de 60 ans, et dans une certaine limite pour les personnes de moins de 20 ans, par la loi du 11 février 2005, a ceci de révolutionnaire qu'elle n'est pas réductible à une simple « étape administrative » d'attribution d'un nouveau droit. Pour toutes les personnes qui en font la demande, le plan personnalisé de compensation est global et ne doit pas se limiter à la seule définition de besoins pécuniaires ou de droit à telle ou telle prestation. Par ailleurs, s'agissant des aides financières qu'il peut préconiser, le plan personnalisé de compensation ne préjuge pas, au stade où il est réalisé, des sources ni des niveaux de leur financement.

En réponse à un projet de vie, et en tenant compte du caractère propre de chaque situation vécue, de sa gravité et de sa durabilité, comme de l'incidence de l'environnement familial voire professionnel, le plan personnalisé de compensation doit ainsi permettre d'identifier les aides qui concourent à la compensation<sup>16</sup>, quel que soit le lieu de vie :

- des orientations vers des établissements ou des services adaptés ;
- la mise en œuvre de procédures particulières, telles que par exemple les mesures de protection juridique ;
- des aides humaines ;
- des aides animalières ;
- des aides techniques ou domotiques, des aides d'aménagement (notamment du logement ou du véhicule) ;
- des aides aux aidants familiaux (soutien médicalisé et psychologique, formation, solutions de répit, reconnaissance, etc.) ;
- des aides ponctuelles, pour une durée limitée ;
- des aides au transport ;
- des aides financières particulières ; etc.

Le plan personnalisé de compensation doit prendre appui sur une évaluation personnalisée et multidimensionnelle de la situation rencontrée de manque ou de perte d'autonomie, au regard d'un projet de vie personnel. Cet examen de situation, plus large qu'une identification immédiate de « besoins », implique une écoute de qualité par une équipe d'évaluation réellement pluridisciplinaire, dont l'expertise professionnelle doit ainsi s'exercer dans un esprit de service rendu à la personne concernée. Écoute de qualité telle qu'il puisse être réellement répondu aux besoins des personnes les moins en capacité de les exprimer ou présentant des situations complexes de poly-handicaps.

La qualité de l'écoute ne ferait au demeurant nullement obstacle à ce que, dans le souci d'une bonne gestion du temps passé auprès des personnes, on évite de recourir à des méthodes lourdes et complexes d'évaluation lorsqu'elles

<sup>16</sup> En même temps qu'il détermine et évalue les différents besoins, le plan personnalisé doit aussi préciser un certain nombre d'aspects qualitatifs, tenant notamment à la manière dont il conviendra de répondre à ces besoins : faut-il que la personne soit accompagnée ou non dans l'exécution de certains gestes, convient-il de faire faire ou de faire à la place, etc.

ne se justifient pas : il peut être souhaitable de rechercher aussi des outils d'évaluation simples, visant à répondre aux situations simples.

En cohérence avec la gestion de proximité, cela devrait conduire à créer des lieux d'accueil dans tous les départements pour créer les conditions optimales d'une évaluation personnalisée<sup>17</sup>. C'est la raison pour laquelle dans son rapport de 2006, le Conseil de la CNSA suggérait déjà « de faciliter et valoriser les expériences innovantes de rapprochement des dispositifs d'accueil (...) et d'articuler, sous l'autorité des conseils généraux, l'intervention des MDPH et des coordinations gérontologiques ou équipes médico-sociales départementales pour l'évaluation des besoins des personnes de plus de 60 ans », et qu'il pourrait être envisagé de rapprocher les actuels CLIC et les actuelles MDPH, en s'inspirant d'expériences déjà conduites en ce sens dans certains départements<sup>18</sup>.

Un tel rapprochement pourrait déboucher sur de nouvelles « maisons départementales » aux compétences élargies (MDSA – maisons départementales de solidarité pour l'autonomie – ou MDA – maisons départementales de l'autonomie). Dans ce cadre, certains membres du Conseil estiment souhaitable que soit envisagée une révision des modalités de constitution actuellement retenues pour les MDPH, par une plus claire intégration du fonctionnement et des personnels sous l'autorité des présidents de conseils généraux, en veillant à continuer d'associer les représentants des usagers, des professionnels et des partenaires sociaux à la gouvernance<sup>19</sup>.

## **2) Créer une prestation personnalisée de compensation – « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie » – correspondant, pour chaque personne concernée, aux prestations d'aide nécessaires, identifiées comme telles au sein du plan personnalisé de compensation**

Une fois que, à l'écoute d'une personne demandant à être aidée pour son autonomie, un « plan personnalisé de compensation » a précisé et recensé tous ses besoins d'aide à l'autonomie, il convient d'identifier ceux de ces besoins qui doivent être considérés comme tout à fait nécessaires afin qu'ils constituent, pour cette personne et quel que soit son âge, le périmètre de sa « prestation personnalisée de compensation ».

<sup>17</sup> Etant bien entendu que la création de tels lieux n'est – comme le montre la mise en place des MDPH – en rien contradictoire avec le fait que les évaluations doivent en principe être conduites dans le lieu de vie de la personne, de manière à tenir compte de tous les paramètres de son environnement.

<sup>18</sup> C'est dans la perspective d'actions de convergence que le rapport du Conseil de la CNSA recommandait en octobre 2006, ce qui a été mis en œuvre par loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, « d'élargir le champ de la section IV du budget de la CNSA, afin de généraliser à tous les services qui viennent en aide aux personnes en perte d'autonomie les dépenses de formation, de professionnalisation des métiers et de modernisation ». Le même rapport envisageait « l'ouverture de cette même section IV au financement de formations destinées aux aidants familiaux ». Cette orientation reste naturellement d'actualité.

<sup>19</sup> En fonction de l'orientation prise sur la place des assurances complémentaires, la question sera évidemment posée de leur possible participation aux structures locales.

# QUOI

La prestation de compensation récapitule ainsi, de manière très personnalisée, selon le choix de vie de la personne, l'ensemble des biens et services dont la collectivité nationale reconnaît qu'ils doivent trouver leur financement (intégralement public ou non : cette question est une question distincte, qui sera examinée plus loin) dans tous les environnements de vie, c'est-à-dire aussi bien pour les services apportés à domicile par un aidant familial<sup>20</sup> ou professionnel que pour les charges propres à ses besoins d'autonomie en établissement, en hébergement temporaire, ou dans toute autre situation de vie.

Cela suppose évidemment d'établir un référentiel – une nomenclature unique – de biens et services à partir duquel pourra s'exprimer, pour toute personne concernée quel que soit son âge, d'abord le contenu de son « plan personnalisé de compensation » et ensuite, extraite de ce plan, la liste personnalisée des biens et services qui, parce qu'ils sont nécessaires pour elle, constituent les différents éléments de sa prestation personnalisée de compensation<sup>21</sup>.

Pour ce qui relève des réponses apportées en établissement, il conviendrait de redéfinir le champ des dépenses directement liées à l'autonomie. De nombreux membres du Conseil estiment que, pour les personnes âgées, la tarification ternaire des dépenses des EPHAD pourrait être maintenue, à condition que la décomposition analytique des dépenses soit reconsidérée pour être plus rigoureuse et plus sincère. Une part des dépenses d'hébergement devrait être intégrée dans les dépenses liées à l'autonomie, pour ce qui correspond aux frais engagés du fait même du recours à une institution et qui n'existerait pas si la personne était restée chez elle. De même, les dépenses de frais de soins pourraient être amenées à couvrir une partie de ce qui relève aujourd'hui de l'autonomie ou de l'hébergement<sup>22</sup>.

D'autres membres du Conseil estiment que la question ne peut être traitée par une simple répartition nouvelle entre les sections tarifaires existantes et suggèrent une modification de la structuration tarifaire elle-même. D'autres enfin suggèrent, plutôt que d'apporter des modifications aux sections tarifaires, une refonte du régime de l'aide sociale à l'hébergement, une mobilisation des dispositifs d'aide au logement, ou une évolution des mécanismes de réduction d'impôt.

La réflexion sur la prise en charge et le coût de l'hébergement pourrait être élargie aux établissements qui accueillent des personnes handicapées. Pour cer-

<sup>20</sup> Il s'agit dans ce cas de figure de pouvoir en particulier venir compenser partiellement le salaire de l'aidant familial prenant un congé de soutien familial, en sus de sa prise en charge des droits à la retraite.

<sup>21</sup> Un des enjeux d'une telle nomenclature étant – outre sa contribution à l'application uniforme des règles sur l'ensemble du territoire – de permettre une meilleure mesure des besoins exprimés et reconnus, et de constituer de ce fait un apport fondamental à l'orientation des politiques publiques. Une telle démarche pourrait d'ailleurs être initialisée par la définition d'un cadre de recueil standard pour les « plans personnalisés de compensation » prévus par la loi du 11 février 2005.

<sup>22</sup> Les exemples de dépenses dont l'affectation n'apparaît, aujourd'hui, pas satisfaisante sont nombreux, et sans qu'ils soient évidemment réductibles à cette liste on peut citer par exemple les coûts d'amortissement, les salaires des psychologues et assistantes sociales ou du directeur d'établissement, les salaires des agents d'animation, etc.



tains membres du Conseil qui estiment que la situation de handicap peut conduire, dans certains cas, à imposer la résidence en établissement, cela devrait conduire alors à l'intégration dans les dépenses de compensation de l'intégralité des prestations d'hébergement. En tout état de cause, il convient de rappeler que les réformes à engager devront prendre en compte les lourdes contraintes qu'introduisent, dans la gestion de ces établissements, toute modification substantielle des règles de tarification.

Il va de soi que toutes ces réflexions devraient, en raison du croisement des compétences de tarification et de financement, être conduites de manière conjointe avec les conseils généraux.

### **3) Définir le financement de la prestation personnalisée de compensation**

L'accès universel au « plan personnalisé de compensation » et la reconnaissance, selon des référentiels et des méthodes harmonisés qui n'introduisent pas de césure d'âge, d'une prestation personnalisée de compensation récapitulant l'ensemble de biens et de services reconnus comme nécessaires, sont les éléments constitutifs du « droit universel à la compensation pour l'autonomie ».

À ces éléments s'ajoute, dans ses différentes options, la question du financement de la prestation de compensation.

L'universalité du plan personnalisé de compensation conduit à retenir en première hypothèse le financement par la solidarité publique de l'ensemble des biens et services récapitulés dans la prestation de compensation. Pour de nombreux membres du Conseil, il s'agit même de la seule hypothèse envisageable : celle qui apporte les mêmes garanties qu'un droit de sécurité sociale et s'inscrit dans une logique de droit universel non contributif, avec un financement solidaire et intégral des besoins de compensation reconnus comme nécessaires.

Conscient des enjeux d'une telle orientation en termes de financement public, le Conseil reprend ici l'affirmation de son rapport d'octobre 2006 en soulignant que « le niveau de solidarité collective dans l'accompagnement de la perte d'autonomie représente, aujourd'hui, un des très grands choix de priorités dans la conduite des politiques publiques ».

Les ressources de cette solidarité collective peuvent provenir de ressources nationales ou d'une combinaison de ressources nationales et de ressources de fiscalité locale. Il en va ainsi dans l'actuelle répartition des charges de financement de l'APA et de la PCH. Le débat doit être conduit sur ce point, les uns souhaitant manifester davantage l'universalité de la nouvelle protection sociale envisagée par le seul recours aux ressources nationales, les autres souhaitant souligner le rôle décisionnel des conseils généraux par un recours, au moins partiel, aux ressources de fiscalité locale.

# QUOI

Si le choix devait être celui d'une partition entre ressources nationales et ressources locales – en particulier au motif qu'un pouvoir de décision pose inévitablement la question de la participation au financement du dispositif, et de la responsabilisation financière du prescripteur de la dépense – certains membres du Conseil estiment impératif que soit alors retenu un mécanisme d'indexation tel que cette partition soit équitable et que, quel que soit son niveau, elle ne soit pas affectée dans le temps, notamment aux dépens des départements.

Par ailleurs, c'est également dans le cadre d'une hypothèse de financement public, quelles qu'en soient les collectivités opératrices, que seraient soulevées les questions qui s'adressent à tous les risques « socialisés ». D'une part, la question de savoir s'il convient ou non, et le cas échéant de quelle façon et selon quelles règles, de tenir compte des ressources (revenus ou patrimoine) de la personne bénéficiaire, qu'il s'agisse de l'accès au financement public ou du niveau de sa couverture. D'autre part, et en notant que de nombreux membres du Conseil expriment sur ce point un refus extrêmement net, la question devra aussi être tranchée de la réintroduction ou non de deux caractéristiques qui se rattachaient à la primitive logique d'aide sociale des prestations aux personnes âgées et handicapées : la mise en œuvre ou non de l'obligation alimentaire, et la mise en œuvre ou non des recours en récupération, notamment successorale.

En sus d'un financement public, quelle que soit sa forme, la prévoyance individuelle ou collective peut toujours s'exprimer par le recours à des produits de capitalisation ou d'assurance financés sur les ressources propres de la personne ou résultant de la négociation sociale, et gérés par les opérateurs mutualistes, assurantiels ou paritaires. Ces produits, au demeurant, existent déjà et peuvent librement trouver leur marché. Leur présence et leur rôle répondent d'ailleurs au fait que toute la lutte pour l'autonomie vise à ce que chacun puisse conduire le plus librement possible ses choix de vie, y compris par l'emploi de ses propres ressources à des fins de services courants, liés à sa vie quotidienne.

Certains membres du Conseil estiment ainsi que, si les contraintes du financement public s'avéraient trop lourdes, la question serait posée de la place de ces produits dans le financement de la prestation de compensation.

Le Conseil rappelle toutefois que l'affirmation du caractère universel du nouveau droit s'opposerait, en tout état de cause, à ce que l'insuffisance de ressources propres (qu'il s'agisse de l'insuffisance des revenus du travail collectés au cours de la vie active, ou de l'incapacité d'en avoir en raison d'une situation de handicap) puisse faire obstacle à l'accès au « panier » de biens et services nécessaires à la compensation.

Sur ces bases, deux modalités d'intervention seraient envisageables pour les produits d'assurance :

1) à titre de couverture complémentaire, dans le champ des biens et services liés à la perte d'autonomie, en complément du socle des prestations considérées comme essentielles,<sup>23</sup>

2) certains vont plus loin en proposant que ces produits soient appelés à intervenir au sein même du socle de prestations essentielles, au titre d'une assurance obligatoire, mais avec comme conséquence – pour respecter le principe d'universalité – de voir leur coûts rendus accessibles à tous par des aides financières ou fiscales à la souscription. Une telle hypothèse fait l'objet d'un net clivage au sein du Conseil, certains membres soulignant à ce propos l'inefficacité des systèmes d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

La réflexion portant sur l'intervention d'un mécanisme de prévoyance au sein même du socle de prestations essentielles,<sup>24</sup> si elle devait être poursuivie dans le cadre d'une concertation, pourrait, selon les membres du Conseil qui en défendent le principe, trouver des justifications d'une part dans l'intention d'orienter le financement public du droit à compensation vers les personnes les plus modestes ou ayant les plus forts besoins d'aide, et d'autre part dans le caractère propre de chaque situation rencontrée. Sans remettre en cause le principe d'unicité de la prestation de compensation et de sa procédure d'attribution, la question de sa prise en charge par un financement public, national ou local, ne se pose pas en effet nécessairement dans les mêmes termes pour les situations de handicap, pour les besoins d'autonomie découlant des maladies liées à l'âge et au grand âge, ou pour les atteintes temporaires liées à un accident, même si l'approche d'évaluation doit être harmonisée et que les aides techniques et humaines à mobiliser peuvent être très voisines voire semblables<sup>25</sup>. Ainsi le rapport Gisserot se conclut en soulignant que les éléments financiers de couverture d'un régime nouveau de protection sociale consacrée à l'autonomie devront trouver « l'équilibre entre transversalité du risque et différenciation du niveau de solidarité nationale à mettre en œuvre. »

#### **4) En tout état de cause, il convient de définir d'entrée de jeu certaines règles communes et certains éléments de partenariat avec les organismes en charge de la prévoyance complémentaire**

Quel que soit le schéma qui sera retenu, il apparaît que, dans tous les cas, le développement des produits d'assurance gagnerait à s'inscrire dans une démar-

<sup>23</sup> A cela s'ajoute que les produits d'assurance privée peuvent intervenir naturellement dans tous les domaines extérieurs au panier de biens et de services liés à la compensation de la perte d'autonomie, et notamment dans tous les services de droit commun, non spécifiquement lié à un état de perte d'autonomie, et dans la prise en charge des frais ordinaires du logement à tout âge.

<sup>24</sup> En vertu du principe voulant qu'un assureur ne peut s'engager que sur des risques qu'il a lui-même définis et tarifés dans les conditions fixées par le contrat, il s'agirait alors d'élaborer de manière concertée des standards nationaux de couverture des besoins d'aide à l'autonomie en fonction des différents types de situation, à charge ensuite aux assureurs, pour en garantir l'exécution, de faire jouer concurrence et innovation.

<sup>25</sup> Dans l'esprit de la très grande majorité des membres du Conseil, ces considérations ne sauraient, en tout état de cause, permettre de revenir en arrière par rapport au cadre aujourd'hui applicable à la prestation de compensation pour les personnes en situation de handicap.

# QUOI

che partenariale globale entre mécanismes d'assurance publique collective et mécanismes d'assurance privée, afin de mutualiser – dans l'intérêt direct des usagers – les référentiels et les connaissances utiles à tous. Un schéma global de concertation et de travail pourrait ainsi être défini qui vise notamment à aborder :

- la standardisation des outils et des méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie, l'association étroite des organismes assurantiels étant évidemment requise dès lors que leur intervention serait, d'une manière ou d'une autre, conditionnée par l'emploi de ces outils et méthodes ;
- la définition de référentiels de qualité en matière de services à la personne ou d'aides techniques ;
- la simplification des procédures administratives en cas de financement mixte de certains équipements ou travaux ;
- les mécanismes de recours contre tiers responsables ;
- les études prospectives.

## **5) Enfin, une attention particulière devra être portée au calendrier de mise en œuvre de la réforme**

La période récente a vu l'introduction de nombreux changements dans l'état du droit, et très particulièrement la loi du 11 février 2005 et ses décrets d'application, avec notamment la création de la PCH et des MDPH. Beaucoup se préoccupent donc de commencer par voir mises en place dans de bonnes conditions les modalités prévues par cette loi avant que de s'engager plus avant dans de nouvelles orientations. À cet égard, le rapport du Délégué interministériel aux personnes handicapées, rendu public en août dernier, présentant un bilan de la mise en œuvre de la loi de février 2005 et de la mise en place des MDPH, comporte un ensemble de propositions dont le conseil de la CNSA souhaite qu'elles soient suivies d'effets.

En revanche, il serait vain d'imaginer la réussite de l'ambition tracée sans se donner une échéance précise. Celle-ci, en prolongement des convergences programmées dans la loi de février 2005, pourrait être le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Délai qui pourrait être mis à profit, notamment au cours de l'année 2008, pour finaliser l'ensemble des textes nécessaires à la concrétisation des orientations ici tracées.

En tout état de cause, il n'apparaît pas possible de basculer sans transition vers le futur système et son schéma de financement, et très particulièrement dans l'hypothèse où il serait fait appel, ne serait-ce que pour partie, aux capacités d'épargne ou de cotisation personnelle. Le cadencement correctement échéancé des différentes étapes de la réforme constitue donc un sujet en soi pour la future concertation.

### **Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :**

- 1) la définition du panier de biens et services susceptible de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie de la personne, en y intégrant les besoins des aidants familiaux ;

- 2) l'ensemble des règles universelles et méthodes à respecter pour déterminer, dans chaque plan personnalisé de compensation, ceux des biens et services qui doivent être considérés comme nécessaires pour la personne en cause, et constitutifs en conséquence de sa « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie »<sup>26</sup> ;
- 3) la composition optimale et les référentiels et méthodes de travail des équipes pluridisciplinaires en charge de l'évaluation des situations et de la préparation des plans personnalisés de compensation ;
- 4) le travail préalable, conduit par exemple par le Conseil scientifique de la CNSA, pour déterminer d'un commun accord les outils transversaux pour évaluer les besoins d'aide pour l'autonomie, y compris en évaluant les outils et méthodes existants (AGGIR , GEVA,...) et leurs nécessaires évolutions ;
- 5) si et à quelles conditions une part de la prestation de compensation (c'est-à-dire du socle des besoins d'aides nécessaires) peut être prise en charge par des mécanismes de prévoyance individuelle ou issus de la négociation collective ;
- 6) pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point précédent), la part financée par des ressources nationales et la part financée par la fiscalité départementale, et les modalités visant à rendre cette partition équitable, et stable dans le temps ;
- 7) pour la part financée par la fiscalité départementale, les mécanismes de péréquation nécessaires pour corriger les inégalités de ressources entre les départements ;
- 8) pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point 5), si et à quelles conditions il doit être tenu compte du patrimoine et des ressources de la personne bénéficiaire de la prestation de compensation, si et à quelles conditions il doit être fait appel aux obligés alimentaires, et s'il y a lieu de mettre en œuvre la récupération sur succession ;
- 9) les modalités d'une couverture complémentaire pour le financement de ce qui va au-delà de la prestation de compensation ;
- 10) la ventilation analytique des dépenses en établissements en distinguant ce qui relève des soins (financé par l'assurance maladie), ce qui relève de l'aide à l'autonomie (financé au titre de la prestation de compensation), et ce qui relève des autres charges d'hébergement incombant à chacun, en distinguant mieux le « surcoût » de l'hébergement (qui a vocation à relever, à domicile comme en établissement, de l'assurance « perte d'autonomie ») du simple « coût » ordinaire de cet hébergement.

Certains membres du Conseil souhaitent enfin que, en dehors du champ proprement dit de l'aide à l'autonomie, soit également abordée la question d'une prise en charge solidaire des frais d'hébergement ordinaires, extérieurs à la perte d'autonomie, en intégrant l'exigence de la convergence des restes à vivre quel que soit l'âge.

<sup>26</sup> Cf. note 22

# QUOI

## C-II

### **Insérer ce droit dans une approche globale d'articulation efficace des différents « risques » : dégager ainsi les contours d'un nouveau « champ » de solidarité à partir de l'expérience de la CNSA**

Le rôle de la CNSA dans la régulation de l'ONDAM médico-social ouvre la voie à davantage de cohérence entre les différents types de services rendus aux personnes et permet de mieux imaginer les formes de coordination entre les professionnels du soin et ceux dont l'engagement premier réside dans le « prendre soin ».

Autant il est décisif de maintenir l'engagement de l'assurance maladie pour répondre aux besoins de soins des personnes placées dans une situation qui porte atteinte à leur autonomie, sans faire ainsi un cas particulier de ces situations-là, autant ces mêmes situations peuvent exiger de soigner en prenant soin et de prendre soin en soignant.

Ainsi, la CNSA a vocation à mettre en cohérence plusieurs segments de protection sociale. Car il ne faut pas que la logique de compensation pour l'autonomie aboutisse à découper les personnes en segments administratifs, et multiplie les guichets. Le rapport du Conseil de la CNSA d'octobre 2006 soulignait ainsi « l'exigence d'une vision cohérente en regard du projet de la personne, de telle manière que la personne et son entourage ne disparaissent pas dans les interstices entre les responsabilités, ni que la réponse sanitaire soit la seule à primer ».

#### **1) Il faut maintenir les dispositions actuelles qui confient la répartition de l'ONDAM médico-social à l'opérateur national (en l'espèce la CNSA) qui est en charge de réguler, par ailleurs, la répartition des ressources nationales affectées à la compensation pour l'autonomie**

La situation actuelle, qui veut que le budget de la CNSA récapitule à la fois les concours versés aux départements au titre des prestations individuelles d'aide à l'autonomie (APA et PCH), et des crédits d'assurance maladie dont la CNSA assure une forme de gestion déléguée, n'a rien de fortuit : elle traduit cette idée, forte et juste, que la spécialisation des « risques » sociaux, gage de transparence dans l'emploi des fonds, ne doit pas empêcher leur gestion cohérente, dans l'intérêt direct des publics et des professionnels concernés.

La notion de « nouveau champ » consiste donc à veiller à ce que, autour de l'aide à l'autonomie proprement dite, d'autres formes de solidarité collective, au premier chef les crédits que l'assurance maladie consacre aujourd'hui à l'accompagnement en établissement et service médico-sociaux, mais aussi les crédits de modernisation et de professionnalisation des services, ou des crédits d'aide à l'innovation, interviennent de façon coordonnée.



Ainsi, et quels que soient les redécoupages qui pourraient éventuellement être conduits, au sein de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social, entre ce qui relève effectivement des « soins » et ce qui finance, en réalité, la prise en charge d'un « prendre soin », il est hautement souhaitable de consolider le choix effectué à la création de la CNSA, en conférant à un seul et même organisme la double fonction de « caisse » pour l'aide à l'autonomie, et plus largement, « d'agence ». Confier à un même opérateur national la répartition des ressources nationales affectées à l'aide individuelle à l'autonomie et, d'autre part, celle des sommes destinées au fonctionnement de l'offre médico-sociale et donc la répartition en conséquence des dotations de l'assurance maladie (ONDAM) permet ainsi :

- d'envisager à la fois et au sein de la même instance les efforts dûs au titre des soins et de ceux dûs au titre de l'autonomie ;
- de permettre l'articulation de deux niveaux territoriaux de mise en cohérence des politiques publiques : le niveau régional pour l'ONDAM, et le niveau départemental pour l'aide à l'autonomie ;
- de gérer en souplesse les évolutions de frontières entre les dotations aux personnes et aux établissements, en laissant par exemple au bénéficiaire de l'aide, même hébergé en établissement, plus de liberté dans ses choix ;
- et de rappeler très clairement le droit de toute personne à l'assurance maladie en tant que telle.

## 2) Viser à une connaissance globale des besoins

L'arbitrage budgétaire est l'expression même du choix des priorités politiques nationales. Mais il doit s'appuyer sur une connaissance la plus objective possible des besoins. Ce n'est pas un montant budgétaire a priori qui doit déterminer la connaissance d'un besoin en termes d'accompagnement de personnes âgées ou de personnes en situations de handicap. La réflexion financière doit traduire une stratégie collective et un choix de priorités correctement documenté, en faisant en sorte que cette traduction permette une réponse la plus efficiente possible.

Il y a là un travail exigeant de connaissance et d'intelligence. Le Conseil de la CNSA a déjà émis son appui au principe d'une procédure budgétaire remontante pour l'allocation des moyens aux établissements et aux services, grâce aux PRIAC, dès lors que s'organisent réellement et impérativement, en amont de ces PRIAC, les concertations nécessaires, notamment entre les services déconcentrés de l'État et les départements<sup>27</sup>, pour qu'un tel exercice puisse prendre toute sa dimension. Dès lors, également, que l'exercice du PRIAC permet d'améliorer effectivement la transparence des programmations financières à l'égard des gestionnaires d'établissements et services, ainsi que des porteurs de projets.

<sup>27</sup> En veillant en particulier à une meilleure articulation entre les schémas médico-sociaux départementaux et les PRIAC, qui ne peuvent plus se concevoir comme des processus parallèles et sans lien organique. Dans ce cadre, et compte tenu des compétences qui leur sont confiées par la loi du 2 janvier 2002, il conviendrait de s'appuyer sur les avis des CROSMs dans la phase d'évaluation des besoins ; la section sociale du CNOSS pourrait, de même – et sous réserve que la CNSA puisse se faire représenter à ses délibérations – être consultée dans la phase de remontée des besoins.

# QUOI

Il faut aller plus loin, d'une part en travaillant, par des travaux analytiques, à une meilleure qualification des besoins au plus près des situations vécues par chaque personne, d'autre part en élaborant des approches synthétiques faisant surgir les enjeux prioritaires grâce aux données comparatives de coûts. De même, le Conseil de la CNSA souhaite une meilleure connaissance des besoins d'aide ménagère, par des échanges systématiques avec les associations d'usagers et les fournisseurs de services, par un partenariat plus actif entre la CNSA, la CNAV et les CRAM, et les autres caisses gestionnaires d'un régime d'assurance vieillesse. Au total le Conseil de la CNSA renouvelle son affirmation d'octobre 2006 en soulignant « le point clef de la qualité du recensement des besoins et de leur prise en compte lors des arbitrages de priorités de financements publics. »

Au total, une connaissance juste de besoins financièrement valorisés, un débat sur les orientations possibles au vu d'informations chiffrées et transparentes pour dessiner des priorités, renforcent, ces deux dernières années l'ont montré, la qualité de l'arbitrage budgétaire, porté principalement par la représentation nationale. Et facilite ensuite, du même coup, l'efficacité de la ventilation des enveloppes de financement, conformément aux priorités définies par le Conseil de la CNSA.

Le Conseil de la CNSA reprend également la recommandation, exprimée dans son rapport d'octobre 2006, sur « l'information et la transparence autour des différents coûts liés à la compensation de la perte d'autonomie », et son orientation en faveur « d'une forme de rendez-vous annuel visant à établir le bilan précis et réel des restes à charge, et à éclairer les prix et les coûts des aides humaines et techniques ».

### **3) Articuler cette réflexion aux évolutions qui peuvent toucher les autorités tarifatrices des établissements et services médico-sociaux**

En matière de tarification des établissements et services médico-sociaux, les compétences sont réparties de manière complexe. Selon le type d'établissement, la tarification peut être conjointe entre le préfet et le président du conseil général, ou partagée entre l'une ou l'autre de ces deux autorités, ou bien encore exclusivement confiée à l'une ou à l'autre.

Il est clair que le même souci de mise en cohérence des dotations budgétaires, tel qu'il s'exprime en confiant à la CNSA une vision d'ensemble sur la couverture des frais de soins et celle des frais de compensation pour l'autonomie, pourrait logiquement donner lieu à une reconsidération de la répartition des pouvoirs tarifaires locaux. Soit en modifiant les compétences de tarification, soit en envisageant des formes de délégation de compétence d'une autorité publique à une autre.

Certains membres du Conseil rappellent toutefois à cet égard que la question de la compétence de tarification des services à domicile doit faire l'objet d'une

attention particulière, notamment du fait de disparités qu'ils disent constater dans les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Ce débat concernant les compétences relatives de l'État et des départements en matière de tarification est à distinguer d'une autre réflexion de gouvernance qui est ouverte aujourd'hui au sujet des « agences régionales de santé » (ARS) lesquelles pourraient reprendre les compétences des ARH en les élargissant à d'autres champs de dépenses d'assurance-maladie

Dans le cadre qui est fixé à ce rapport, et en l'absence d'arbitrages officiels, il n'appartient au Conseil de la CNSA, ni de considérer que ce nouveau schéma d'organisation serait aujourd'hui un fait acquis, ni de prendre position sur cette question – les positions des membres du Conseil étant, à cet égard, très partagées. Il convient toutefois d'indiquer que le rôle d'agence nationale de répartition qu'est la CNSA demeurera, en tout état de cause, fondamentalement le même, dès l'instant que l'articulation en un lieu unique des programmations sanitaires et médico-sociales ne s'accompagnerait pas d'une fusion, au niveau local, des enveloppes d'ONDAM sanitaire et médico-social. Il revient en effet à la Caisse d'assurer, sur la base d'une expression structurée des besoins rassemblée au niveau local (aujourd'hui les PRIAC établis par les préfets de région, pour l'ONDAM médico-social, et les niveaux de consommation d'APA et de PCH transmis par les conseils généraux, pour les concours nationaux à ces deux prestations), la répartition d'enveloppes destinées à garantir l'égalité territoriale. Cette mission, la CNSA peut continuer de la conduire quelle que soit l'autorité compétente au niveau local pour arrêter la programmation servant de base à la répartition des dotations, et quelle que soit l'autorité locale destinataire de ces mêmes dotations nationales.

Il est en tous cas fondamental que les programmations d'établissements et de services, et plus généralement tout accroissement des moyens budgétaires qui leur sont consacrés, fassent l'objet d'une stratégie plus coordonnée entre l'État et les conseils généraux.

### C-III

#### **Mieux penser les fonctions de gouvernance nationale au service de l'action locale**

L'accompagnement des personnes et la mise en œuvre du droit à la compensation peuvent relever, on l'a dit, d'une gestion de proximité par les conseils généraux. Mais il s'agit là, en même temps, d'une politique publique nationale, dont il revient à l'État de fixer les orientations. À cette fin, l'administration d'État, au niveau central, doit être confortée dans sa capacité à prendre en charge un certain nombre de fonctions de réflexion et de conception stratégique. Il convient par ailleurs de renforcer les moyens d'action de la CNSA, dans son rôle d'animation du « réseau » des acteurs locaux, d'échange d'infor-

# QUOI

mation, de suivi des indicateurs garantissant l'égalité de traitement, de lieu d'analyse et de synthèse des expressions de besoins, d'instance d'expertise sur les méthodes et les référentiels, et enfin de gestion technique quotidienne des différentes enveloppes financières de péréquation définies au niveau national.

## 1) Conforter l'évolution de l'administration d'État vers une responsabilité de stratégie

L'administration d'État doit pouvoir s'orienter résolument vers le pilotage global « stratégique » de la politique d'aide à l'autonomie, et pour cela disposer d'équipes capables de conduire de manière performante trois grandes fonctions :

En premier lieu, l'État doit assurer la gestion stratégique de la politique de compensation, qui se distingue fondamentalement de la gestion technique et de mise en œuvre, et qui comporte notamment :

- la définition pluriannuelle et le suivi, lors de l'élaboration des lois de financement, des grandes options budgétaires ;
- l'articulation de la politique de compensation avec les autres champs de l'action gouvernementale, notamment la politique de la santé, de l'emploi, du logement, toutes les politiques liées à l'accessibilité, ainsi que les politiques de la recherche et de la formation professionnelle ;
- la définition des indicateurs de performance de cette politique et, sur ces indicateurs, la fixation des grands axes de contractualisation avec les différents opérateurs publics chargés de la mise en œuvre, via les COG (au premier chef, la CNSA, mais également, en raison de l'impact des politiques de compensation sur leurs objectifs propres, la CNAMTS, la CNAV, la CNAF, etc.)

En deuxième lieu, l'administration centrale de l'État doit disposer d'une capacité de veille et de réflexion prospective, en évitant les doublons avec la CNSA :

- sur les cadrages financiers à moyen et long terme, avec des capacités de modélisation et de prospective socio-économique (incluant l'impact des progrès médicaux et de la prévention), ainsi que sur les scénarios de financement à ces différentes échéances ;
- sur l'efficacité des différentes formules de tarification et de prise en charge, et sur les différentes formules de régulation des dépenses, en suscitant des expérimentations de formules nouvelles ;
- sur les différentes formules de prise en charge retenues dans les autres pays, en développant sur ce point une observation active et critique des principales expériences étrangères ;
- sur l'évolution des métiers et des technologies d'aide à l'autonomie<sup>28</sup>.

Enfin, en troisième lieu, l'État doit pouvoir éclairer les choix publics en rassemblant, sur un certain nombre de sujets, une expertise spécifique de haut niveau dans le cadre d'une collaboration avec d'autres acteurs : on pense

<sup>28</sup> La pauvreté des connaissances dans le domaine des sciences gérontologiques et, surtout, celle des savoirs en sciences exactes et sciences humaines sur le champ de l'autonomie doit à cet égard être soulignée, pour inviter à un important effort de recherche à moyen et long terme.

notamment à l'expertise technique et organisationnelle sur les objectifs et principes directeurs des systèmes d'information, et à l'expertise juridique permettant de garantir la qualité et la cohérence de l'ensemble des textes, législatifs et réglementaires, qui régissent la matière.

## 2) Faire évoluer les compétences et les moyens d'action de la CNSA

Simultanément, il convient de renforcer et de faire évoluer, dans le prolongement de ceux dont elle dispose déjà, les pouvoirs et les compétences de la CNSA. Ceci afin de l'installer clairement dans son double rôle de gestionnaire d'un nouveau champ de protection sociale et d'agence de coordination, pour l'autonomie des personnes, de l'aide individuelle à la compensation et du risque maladie en établissements et services.

En matière d'aide à l'autonomie, l'expérience acquise sur la PCH et l'installation des maisons départementales des personnes handicapées suggère d'amplifier le rôle partenarial de la CNSA dans l'échange de pratiques et la garantie de l'égalité de traitement. Pour cela, il faudrait étendre la contractualisation « d'appui à la qualité du service », qui existe déjà entre la CNSA et chaque conseil général, à l'autonomie quel que soit l'âge.

De même, et sous la condition d'un renforcement de la présence des départements au sein du Conseil de la CNSA, il pourrait être confié à la CNSA un spectre plus large d'outils, venant en appui du socle commun fixé par la loi et le règlement, pour atteindre l'égalité de traitement sur le territoire et la transparence de l'information : par exemple un pouvoir de proposition dans la définition des critères de répartition, entre les départements, du concours national destiné à couvrir les dépenses de la prestation de compensation.

En matière de gestion déléguée des crédits d'assurance maladie, la CNSA pourrait, au-delà de ses actuelles compétences en matière de répartition territoriale des enveloppes annuelles de crédits, se voir confier complètement l'animation du travail des services déconcentrés en charge de la gestion de l'ONDAM médico-social (aujourd'hui, les services des DDASS et DRASS). Il lui reviendrait, en conséquence, non seulement de conduire comme aujourd'hui un appui méthodologique sur la programmation, mais également de piloter le travail de ces services par exemple en matière de recueil d'informations, d'application des règles de tarification, ou de processus d'élaboration et de concertation sur les PRIAC.

Dans la mesure où le solde d'équilibre entre les autorisations de dépenses d'ONDAM médico-social votées par le Parlement et les dépenses réelles de l'assurance maladie est légalement inscrit dans son budget, il ne serait pas incohérent d'aller plus loin et de confier à la CNSA une véritable délégation de « gestion du risque » sur l'enveloppe de crédits d'assurance maladie destinés aux établissements et services médico-sociaux. Cela supposerait une compé-

# QUOI

tence élargie sur les déterminants des moyens de reconduction et une compétence plus large en matière de prévention et de contrôle (par des moyens propres ou *via* l'animation des services déconcentrés compétents). Pour certains membres du Conseil, il devrait s'y ajouter le pouvoir pour la CNSA de procéder d'elle-même à une répartition d'enveloppes obéissant à une logique de résultat à atteindre dans le service rendu aux personnes hébergées en établissement, sans considération du statut, public ou privé, de l'opérateur.

Enfin, et en tout état de cause, il paraît nécessaire que l'ensemble des éléments servant de ressources au budget de la CNSA, c'est-à-dire non seulement, comme aujourd'hui, l'ONDAM médico-social, mais aussi les moyens nationaux destinés à la compensation pour l'autonomie, soient considérés comme partie intégrante de ce qui est soumis tous les ans au vote du Parlement dans le cadre de la « loi de financement de la sécurité sociale ». Cette mesure est loin d'être seulement symbolique : elle s'impose sur un plan de bonne gestion des finances publiques, dans la mesure où, précisément, tous ces crédits concourent, de manière complémentaire, à la prise en charge des situations qui portent atteinte à l'autonomie des personnes, quels que soient leur âge et leur lieu de vie.

Bien évidemment, une telle évolution conjointe des pouvoirs de l'État et de la CNSA supposerait une nouvelle écriture de la COG signée en 2006. À cette occasion, il conviendrait de privilégier un texte qui traduise l'existence d'un réel pilotage stratégique, privilégiant la logique du contrôle a posteriori à l'égard d'un opérateur responsabilisé sur des objectifs clairs. Le Conseil renouvelle ici son observation de 2006 visant à ce que l'État se dessaisisse « franchement et sans inquiétude de l'exécution des choses, grâce à une formulation nette des orientations, des finalités de l'action et des exigences de résultat. » De plus, si de nouvelles missions étaient confiées à la CNSA, le Conseil souligne que la renégociation de la COG devrait être l'occasion d'envisager le renforcement de ses moyens de fonctionnement, y compris par des dotations en personnel à la hauteur des nouvelles missions.

### 3) Repenser la composition et le fonctionnement du Conseil de la CNSA.

Pour ce qui relève de la composition du Conseil de la CNSA, la question mérite d'être portée en faveur d'une représentation explicite d'un représentant désigné par le Conseil de la CNAMTS et d'un représentant désigné par le Conseil d'administration de la CNAV, voire d'un représentant désigné par celui de la CNAF au titre des enjeux de solidarité intergénérationnelle. De même, certains membres du Conseil souhaitent une modification des pondérations de voix au sein du Conseil de la CNSA, et notamment que la forte part des voix de l'État soit réduite ; d'autres estiment que des modifications ne seraient justifiées qu'en cas d'évolution des compétences de la Caisse.

Pour ce qui relève du fonctionnement du Conseil de la CNSA, et même si celui-ci donne aujourd'hui globalement satisfaction, il devrait être envisagé, en pro-



longement du rapport de la CNSA d'octobre 2006, de renforcer la présence des départements au sein du Conseil de la CNSA, notamment par une responsabilité de vice-présidence. Une vice-présidence pourrait de même être prévue pour les partenaires sociaux.

Sans modifier l'étendue générale des compétences du Conseil de la CNSA, certains membres souhaitent que celui-ci soit consulté préalablement, comme les autres caisses nationales, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale avant son dépôt au Parlement.

Par ailleurs, et ainsi qu'il a déjà été dit plus haut, l'échange transparent d'information, créateur de confiance partagée, est progressivement apparu comme un élément fondamental de l'apport de la CNSA. Alors même que cette dimension ne figurait pas explicitement dans les attributions légales du Conseil de la CNSA, elle en est venue à représenter une part très substantielle de ses travaux. Il apparaît du même coup que cet échange gagnerait en intensité et en qualité s'il pouvait être conduit de manière plus fréquente et plus approfondie que cela n'est possible lors des quelques réunions plénières du Conseil.

C'est à ce titre que le Conseil, dans son règlement intérieur, a dès le départ ouvert la participation aux séances de ses commissions aux membres suppléants du Conseil. Il importe d'aller aujourd'hui plus loin avec la constitution d'un bureau d'une quinzaine de membres, qui pourrait par exemple être constitué de la manière suivante :

- le président ;
- les quatre vice-présidents ;
- un représentant du collège des personnes handicapées, et un représentant du collège des personnes âgées (ou des professionnels œuvrant en leur faveur) ;
- un autre représentant des départements ;
- un autre représentant des partenaires sociaux ;
- un représentant des organismes assurantiels, mutualistes ou de prévoyance ;
- un représentant des institutions qualifiées ;
- trois représentants de l'État.

**Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :**

- 1) les nouveaux équilibres de représentation et les règles de fonctionnement du conseil de la CNSA ;
- 2) l'étendue des compétences déléguées par l'État à la CNSA aussi bien en termes d'outils de régulation qu'en matière de pilotage des services en charge localement de la programmation médico-sociale et de la tarification ;
- 3) le champ des relations contractuelles entre la CNSA et les départements ;
- 4) l'étendue des responsabilités de la CNSA en matière de gestion du nouveau risque et notamment l'étendue de ses compétences dans les référentiels d'évaluation et les barèmes et plafonds de la prestation personnalisée de compensation ;
- 5) les conditions d'inscription des crédits gérés par la CNSA dans le champ du PLFSS.

# AVEC QUELS

## AVEC QUELS MOYENS ?

Un enjeu financier sérieux,  
mais qui n'apparaît pas hors de portée  
d'un arbitrage de priorités  
au sein des finances publiques

Pour plusieurs membres du Conseil, la question des moyens n'est évidemment pas réductible à sa dimension financière. L'amélioration des modes de fonctionnement, l'optimisation des organisations de travail, la recherche de l'efficacité de la dépense constituent autant de sources de la libération de moyens nouveaux. Sources d'autant plus à privilégier qu'elles doivent en principe s'accompagner de relations administratives moins complexes et moins lourdes, de relations plus fluides entre les acteurs et, au final, d'une meilleure qualité du service rendu aux personnes.

Le Conseil est toutefois conscient de l'importance de la question posée par les moyens financiers à mobiliser, dans un contexte d'exigence de redressement des finances publiques, et donc de priorités à définir au sein de celles-ci.

Il importe à cet égard de savoir établir distinctement, d'un côté les enjeux financiers correspondant aux dépenses nécessaires à la prise en charge des « surcoûts » liés spécifiquement à une situation d'atteinte à l'autonomie de la personne, et de l'autre les dépenses de soins (assurance maladie) qui s'adressent à la même personne.

Seuls les premiers correspondent, au sens strict, à l'effort qui découle de la création d'un nouveau champ de protection sociale. Les seconds ne sont pas moins nécessaires, mais ont vocation à trouver leur couverture dans le cadre de l'équilibre général du financement de l'assurance maladie. Entretenir la confusion voilerait les arbitrages nécessaires.

### **Les montants à mobiliser pour couvrir le financement public de la prestation personnalisée de compensation dépend d'au moins cinq facteurs (hors inflation)**

- l'évolution du nombre de bénéficiaires à législation constante, liée d'une part à l'allongement marqué de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, et d'autre part – et principalement – à la progression du nombre de personnes âgées et à l'évolution de leur degré d'autonomie ;
- l'évolution du « coût des facteurs », c'est-à-dire, pour l'essentiel, l'évolution du coût salarial des métiers d'assistance à domicile et en établissement ;

# MOYENS

- l'augmentation du nombre des professionnels dans les services et établissements pour personnes âgées<sup>29</sup> ;
- l'évolution spontanée des recettes déjà mobilisées ;
- enfin, relevant d'options sur lesquelles les prévisions sont évidemment plus hasardeuses, l'impact des choix effectués en matière de couverture de la prestation de compensation, notamment au titre de la convergence prévue par la loi du 11 février 2005.

Des différentes estimations publiques aujourd'hui disponibles (projections du Centre d'analyse stratégique en 2006, estimations du rapport Gisserot en 2007), il ressort que l'effort à conduire consiste en pratique à accepter, à l'horizon d'une génération, un effort annuel équivalent au supplément de dépense que la Nation consent en ce moment, chaque année, sur le budget de l'assurance maladie.

Cette évaluation doit toutefois être considérée avec la réserve importante d'une expertise encore à compléter du coût des différentes options de couverture publique de la prestation personnalisée de compensation. Cela d'autant que d'autres perspectives plus élevées ont pu être tracées, notamment par la Cour des comptes, sur des besoins considérables aussi bien en aides à la personne qu'en formules d'accompagnement à domicile ou en établissement.

L'enjeu financier, même s'il n'apparaît pas hors de portée, est donc sérieux : la réflexion nécessaire sur la mobilisation de ressources nouvelles devrait ainsi s'accompagner d'une évaluation des redéploiements qui sont possibles au sein des finances publiques, en recherchant à cet égard une allocation des moyens en fonction de leur plus grande efficacité, la mise en cohérence des outils d'aide sociale et fiscale, et un pilotage de la dépense plus efficace.

Relevant cependant que certains de ses membres contestent vigoureusement ces chiffres comme fortement sous-estimés, le Conseil estime que cette question de l'évaluation et du chiffrage des différents scénarii, à conduire de manière contradictoire par les institutions et administrations compétentes, constitue un point d'expertise fondamental. Sa réalisation et sa mise à disposition publique préalable constituent à leurs yeux l'un des éléments essentiels à la réussite d'une concertation sur les options à retenir.

S'agissant des dépenses de soins (ONDAM médico-social), il n'existe pas, aujourd'hui, de prospective financière de moyen terme sur l'évolution de la nature, des techniques et du coût des soins (médicaux et para-médicaux) à dispenser, en établissement et service médico-sociaux. L'anticipation de ces coûts au même horizon de 2030 supposerait de fortes hypothèses sur l'impact du progrès médical, et plusieurs hypothèses aussi sur l'organisation de ces soins, dans la mesure où leur prise en charge peut s'envisager de manière plus ou moins institutionnelle, et conduire peut-être à certains déplacements, dans

<sup>29</sup> dont on rappelle que certains membres du Conseil demandent le doublement.

# AVEC QUELS

un sens ou dans l'autre, entre les différentes « enveloppes » de l'ONDAM. À ce titre, certains membres du Conseil retiennent l'hypothèse de redéploiements venant de l'enveloppe hospitalière ou de l'enveloppe des soins de ville, ou insistent pour que les arbitrages budgétaires sachent s'affranchir de toute approche différenciée selon le statut, public ou privé, des établissements concernés.

Les seules estimations possibles des besoins relèvent donc d'horizons beaucoup plus courts, qui sont ceux des exercices PRIAC ou des différentes programmations nationales. Lors de sa séance du 3 juillet 2007, le Conseil de la CNSA a travaillé sur ces bases, c'est-à-dire en considérant un effort à faire dans les cinq prochaines années correspondant au moins à la poursuite, sur cette même période, du niveau de croissance des dépenses d'assurance maladie médico-sociales retenu par le Parlement depuis 2000<sup>30</sup>.

Défi majeur, certes, notamment dans un contexte qui voit le taux de croissance annuel de l'ONDAM total devoir se situer en dessous de 3% pour garantir l'équilibre des comptes. Mais défi atteignable, pour autant que des redéploiements soient accomplis, parce que l'ONDAM médico-social ne représente que 10% de l'ONDAM total. Cela d'autant plus que, s'agissant d'une croissance qui découle beaucoup plus de choix d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de service que d'une tendance haussière des coûts de fonctionnement, le choix du délai dans lequel on décide d'atteindre tel ou tel objectif cible de réponse aux besoins offre un autre moyen de respecter les contraintes qui pèseraient sur le taux de croissance annuel.

Ainsi, le débat public qui devra s'organiser portera nécessairement sur les priorités retenues dans la définition du champ optimal des politiques publiques, en ne perdant pas de vue une approche d'ensemble des besoins de protection sociale de tous ordres : qu'il s'agisse de mobiliser des ressources publiques ou des ressources d'assurance personnelle, les moyens globaux ne sont pas illimités et la clé de financement quelle qu'elle soit ne dispensera pas de raisonner en termes de priorités et d'équilibres.

Le débat, bien sûr, concernera aussi le niveau des prélèvements obligatoires, en tenant compte à la fois des impératifs d'efficacité économique, et de notre culture de solidarité. Réflexion d'autant plus constructive que seront nettement partagées par tous :

- la légitimité d'un arbitrage budgétaire rendu en toute connaissance des besoins quantitatifs et qualitatifs, exprimant dès lors un choix de priorités et une mise en cohérence de l'action publique clairement assumés ;
- la nécessité d'une évaluation régulièrement reprise de toute dépense publique quant à l'efficacité de sa réponse aux besoins à couvrir ;
- et au total la recherche constante de la meilleure utilité de l'euro public dépensé.

<sup>30</sup> 8,6% de croissance annuelle moyenne entre 2000 et 2007.

# MOYENS

## **Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :**

*Il n'entre pas dans le rôle du Conseil de la CNSA de proposer ou de retenir les modalités de financement d'une protection sociale.*

1) C'est la concertation qui devra s'ouvrir et la représentation nationale qui *in fine* détermineront de telles modalités. Tout au plus, il est rappelé ici quelques pistes parmi celles qui ont pu être évoquées :

- inclusion dans l'assiette de la CSA des revenus de remplacement, des revenus des non salariés et des revenus des jeux ;
- alignement des taux de la CSG sur les pensions de retraite sur celui portant sur les revenus salariaux ;
- évolution dans le temps de la part de CSG affectée à la compensation pour l'autonomie ;
- contribution prélevée sur chaque contrat d'assurance ;
- cotisation particulière sur les entreprises liée aux atteintes portées à l'autonomie des personnes<sup>31</sup> victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en évitant toute confusion avec la finalité de réparation inhérente à l'assurance AT-MP ;
- plus généralement, création d'une cotisation spécifique à l'autonomie, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la sécurité sociale.

La concertation devra également porter sur :

- 2) les impacts de la réforme envisagée sur la fiscalité locale ;
- 3) en contrepartie de la suppression de l'essentiel des droits de succession, l'effort susceptible d'être demandé aux familles qui disposent d'un patrimoine supérieur à un montant à définir ;
- 4) le re-profilage des aides fiscales liées à l'autonomie ;
- 5) des incitations fiscales à des contrats relevant, à l'instar du mécanisme mis en place pour les couvertures complémentaires maladie, de dispositifs solidaires et responsables ;
- 6) la taxation de certaines « niches sociales » mentionnées dans le rapport de la Cour des comptes sur les comptes sociaux en 2006 ;
- 7) les marges de manœuvre de redéploiements au sein de la dépense publique.

<sup>31</sup> mesurée conformément aux règles générales d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie, et non pas par référence au taux d'IPP

# AU TOTAL

## AU TOTAL : L'ARCHITECTURE D'UN NOUVEAU CHAMP DE PROTECTION SOCIALE

**Ambition poursuivie : ouvrir à toute personne l'accès à l'autonomie dans les gestes de la vie courante et la participation à une vie sociale**

### Objectif à atteindre

**Le droit universel de compensation pour l'autonomie, par :**

- A) un service universel d'information, de conseil, d'orientation et d'expertise, pour l'évaluation des besoins individuels d'aide à l'autonomie ;
- B) sur ces bases, la définition d'un plan personnalisé de compensation comprenant un éventail de services et d'aides adaptés, y compris en faveur des aidants familiaux, en réponse à une situation et à un projet de vie et non pas en se bornant à l'application d'une classification ;
- C) la définition d'une prestation personnalisée de compensation, dont les différents éléments reprennent tous les biens et services identifiés comme nécessaires dans le plan personnalisé de compensation ;
- D) le financement de tous les éléments de cette prestation par la solidarité publique ;
- E) ou alternativement, le financement des éléments de cette prestation par une combinaison, d'une part de solidarité publique et d'autre part de prévoyance collective ou personnelle, dès lors que serait garanti l'accès au financement de cette prestation pour tout niveau de revenu ;
- F) une couverture complémentaire des autres biens et services identifiés dans le plan personnalisé de compensation ;
- G) la gestion cohérente de ce droit universel de compensation avec d'autres segments de protection sociale concernant les mêmes personnes, notamment les soins en établissements et services médico-sociaux ;
- H) à disposition de l'ensemble des acteurs concernés, la connaissance transparente des besoins recensés d'aides et de services.

### Voie pour y parvenir

**Une gouvernance nouvelle, par :**

- A) une réponse de proximité assurée par les conseils généraux,
- B) une exigence d'égalité de traitement portée par la CNSA, opérateur national,
- C) le choix d'un niveau et d'un mécanisme de partage équitables entre res-



sources nationales et fiscalités départementales pour le financement par la solidarité collective,

D) une régulation des dépenses médico-sociales assurée par la CNSA, par délégation de l'assurance maladie,

E) une claire distinction des responsabilités entre un Etat stratège et la CNSA opérateur renforcé dans ses moyens d'action,

F) un débat annuel au Parlement pour déterminer les réponses financières aux besoins exprimés.

### **Sur ces fondements les membres du Conseil de la CNSA ont précisé les principaux points de la concertation qui devrait être conduite, et notamment :**

- la définition du panier de biens et services susceptible de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie de la personne, en y intégrant les besoins des aidants familiaux ;
- l'ensemble des règles universelles et méthodes à respecter pour déterminer, dans chaque plan personnalisé de compensation, ceux des biens et services qui doivent être considérés comme nécessaires pour la personne en cause, et constitutifs en conséquence de sa « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie » ;
- si et à quelles conditions une part de la prestation de compensation (c'est-à-dire du socle des besoins d'aides nécessaires) peut être prise en charge par des mécanismes de prévoyance individuelle ou issus de la négociation collective ;
- pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point précédent), la part financée par des ressources nationales et la part financée par la fiscalité départementale, et les modalités visant à rendre cette partition équitale, et stable dans le temps ;
- les nouveaux équilibres de représentation et les règles de fonctionnement du Conseil de la CNSA ;
- le champ des relations contractuelles entre la CNSA et les départements, ainsi que l'étendue des responsabilités de la CNSA en matière de gestion du nouveau risque et notamment l'étendue de ses compétences dans les référentiels d'évaluation et les barèmes et plafonds de la prestation personnalisée de compensation ;
- les modalités de financement, et notamment la nature et le montant des ressources nouvelles à mobiliser, y compris les redéploiements possibles au sein des dépenses publiques.

**Avec l'ambition de voir réussir une politique publique pensée autrement, pour donner vie, comme y appelait le rapport d'octobre 2006 de la CNSA, à « une espérance, portée haut » : la reconnaissance de la dignité et de la citoyenneté de chaque personne.**

#### Contact

CNSA  
66 avenue du Maine  
75682 Paris cedex 14  
tél. 01 53 91 28 00  
fax 01 53 91 28 82  
www.cnsa.fr

#### Coordination

Valérie de Larauze  
Florence Condroyer

#### Conception graphique

martin.brunner.associés,  
Paris

#### Photos

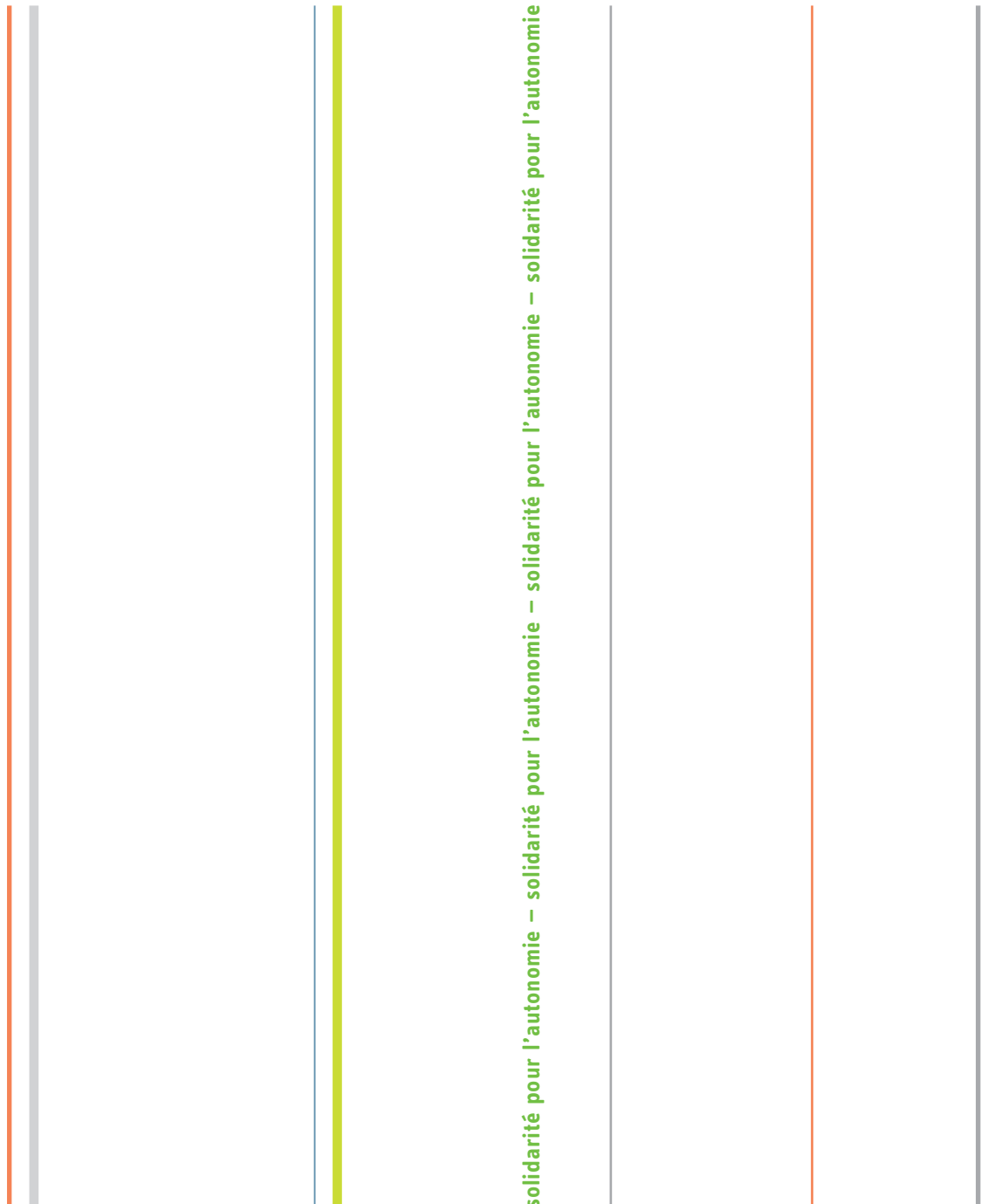
© Olivier Jobard,  
Sipa Press

#### Impression

Imprimerie Louyot

Les photographies utilisées dans ce rapport sont extraites d'une série de reportages réalisés au cours de l'été 2007. La CNSA remercie vivement celles et ceux qui ont accepté de rendre compte en photos de leur vie quotidienne à domicile ou en établissement. Elle remercie aussi, pour la qualité de leur accueil et leur disponibilité, les responsables et les personnels des maisons départementales des personnes handicapées à Tours et à Paris, de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile (FEDOSAD, services de soutien à domicile et accueil en établissements) à Dijon, du centre Ker Dihun, maison d'accueil spécialisée, à Saint-Brieuc, de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Tournon Saint-Martin, du centre Saint-Jean de Dieu, institut d'éducation motrice et unité spécialisée pour enfants polyhandicapés, à Paris XV<sup>e</sup>, de la résidence des Weppes, hébergement temporaire et du centre Barrois, soins et aide à domicile, de la Croix-Rouge française à Fournes en Weppes. Un grand merci enfin à Carl et ses parents.





solidarité pour l'autonomie – solidarité pour l'autonomie – solidarité pour l'autonomie – solidarité pour l'autonomie

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

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

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

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

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




## Annexes 2007

Rapport de la Caisse nationale  
de solidarité pour l'autonomie





- 
- 02 ANNEXE 1  
**Budget primitif 2008**  
(compte de résultat prévisionnel)
  
  - 06 ANNEXE 2  
**Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordres scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG passée entre la CNSA et l'État**
  
  - 11 ANNEXE 3  
**PRIAC 2007: premier bilan qualitatif et quantitatif**
  
  - 18 ANNEXE 4  
**Bilan et suivi du plan d'aide a la modernisation (PAM) 2006 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées**
  
  - 22 ANNEXE 5  
**Premier bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**
  
  - 29 ANNEXE 6  
**Récapitulatif des actions financées sur la section V**

## Sommaire des annexes

# Budget primitif 2008

(compte de résultat prévisionnel)

Sous réserve des montants inscrits à la LFSS 2008, en millions d'euros

Charges	Crédits ouverts	Produits	Crédits ouverts
<b>Section I</b>		<b>Section I</b>	
<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>14 223,6</b>	<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>14 223,6</b>
<b>Sous-section 1</b>		<b>Sous-section 1</b>	
<b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>7 691,6</b>	<b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>7 691,6</b>
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 644,9	. Contribution solidarité autonomie (14% CSA)	320,6
. Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 367,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	. Déficit	4,0
. Opérations diverses	22,1		
<b>Sous-section 2</b>		<b>Sous-section 2</b>	
<b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>6 532,0</b>	<b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>6 532,0</b>
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	6 505,6	. Contribution solidarité autonomie (40% CSA)	916,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 416,0
. Opérations diverses	25,5	. Déficit	200,0
<b>Section II</b>		<b>Section II</b>	
<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 578,7</b>	<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 578,7</b>
. Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	. Contribution solidarité autonomie (20% CSA)	458,0
. Congé de soutien familial	5,7	. Contribution sociale généralisée (94% CSG)	1 030,2
. Opérations diverses	18,1	. Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5
		. Produits financiers	25,0
<b>Section III</b>		<b>Section III</b>	
<b>Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>620,4</b>	<b>Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>620,4</b>
. Concours versés aux départements (PCH)	551,9	. Contribution solidarité autonomie (26% CSA)	595,4
. Concours versés aux départements (MDPH)	30,0	. Produits financiers	25,0
. Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
. Congé de soutien familial	4,8		
. Opérations diverses	17,0		
<b>Section IV</b>		<b>Section IV</b>	
<b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>	<b>77,7</b>	<b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>	<b>77,7</b>
<b>Sous-section 1</b>		<b>Sous-section 1</b>	
<b>Personnes âgées</b>	<b>65,8</b>	<b>Personnes âgées</b>	<b>65,8</b>
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	64,9	. Contribution sociale généralisée (6% CSG)	65,8
. Opérations diverses	0,9		
<b>Sous-section 2</b>		<b>Sous-section 2</b>	
<b>Personnes handicapées</b>	<b>11,9</b>	<b>Personnes handicapées</b>	<b>11,9</b>
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	. Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9

Charges	Crédits ouverts	Produits	Crédits ouverts
<b>Section V</b>		<b>Section V</b>	
<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>575,0</b>	<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>575,0</b>
<b>Sous-section 1</b>		<b>Sous-section 1</b>	
<b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>400,0</b>	<b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>400,0</b>
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
. Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	215,0	. Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	215,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	175,0	. Déficit	175,0
<b>Sous-section 2</b>		<b>Sous-section 2</b>	
<b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>175,0</b>	<b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>175,0</b>
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la section III	10,0
. Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	90,0	. Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	90,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	. Déficit	75,0
<b>Section VI</b>		<b>Section VI</b>	
<b>Frais de gestion de la caisse</b>	<b>14,4</b>	<b>Frais de gestion de la caisse</b>	<b>14,4</b>
. Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,9	. Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3
. Dépenses de personnel/CNSA	7,3	. Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
. Excédent	0,2		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>17 043,3</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>16 589,5</b>
		<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>453,8</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>17 043,3</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>17 043,3</b>

# Document explicatif du budget primitif 2008

(Tableau ressources emplois)

Sous réserve des montants inscrits à la LFSS 2008, en millions d'euros

Emplois	Crédits ouverts	Ressources	Crédits ouverts
<b>Section I</b>		<b>Section I</b>	
<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>14 223,6</b>	<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>14 223,6</b>
<b>Sous-section 1</b>		<b>Sous-section 1</b>	
<b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>7 691,6</b>	<b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>7 691,6</b>
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) dont contribution CSA nette	7 644,9	. Contribution solidarité autonomie (14% CSA)	320,6
. Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 367,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent prévisionnel 2007)	4,0
. Contribution à la section IV-2	11,9		
. Contribution à la section VI	6,8		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	2,1		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %) *	1,3		
<b>Sous-section 2</b>		<b>Sous-section 2</b>	
<b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>6 532,0</b>	<b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>6 532,0</b>
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) dont contribution CSA nette	6 505,6	. Contribution solidarité autonomie (40% CSA)	916,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 416,0
. Contribution à la section V-1	10,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006)	200,0
. Contribution à la section VI	5,6		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	6,0		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5%)*	3,9		
<b>Section II</b>		<b>Section II</b>	
<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 578,7</b>	<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 578,7</b>
. Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	. Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,0
. Congé de soutien familial	5,7	. Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 030,2
. Contribution à la section VI	1,4	. Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	10,2	. Produits financiers	25,0
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA CSG (0,5%)	6,5		
<b>Section III</b>		<b>Section III</b>	
<b>Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>620,4</b>	<b>Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>620,4</b>
. Concours versés aux départements (PCH)	551,9	. Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	595,4
. Concours versés aux départements (MDPH)	30,0	. Produits financiers	25,0
. Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
. Congé de soutien familial	4,8		
. Contribution à la section V-2	10,0		
. Contribution à la section VI	0,5		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	4,0		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5%)*	2,5		

Ressources	Crédits ouverts	Ressources	Crédits ouverts
<b>Section IV</b> <b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>	<b>77,7</b>	<b>Section IV</b> <b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>	<b>77,7</b>
<b>Sous-section 1</b> <b>Personnes âgées</b>	<b>65,8</b>	<b>Sous-section 1</b> <b>Personnes âgées</b>	<b>65,8</b>
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	64,9	. Contribution sociale généralisée (6% CSG)	65,8
. Contribution à la section VI	0,1		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	0,5		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSG (0,5%)*	0,3		
<b>Sous-section 2</b> <b>Personnes handicapées</b>	<b>11,9</b>	<b>Sous-section 2</b> <b>Personnes handicapées</b>	<b>11,9</b>
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	. Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
<b>Section V</b> <b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>270,0</b>	<b>Section V</b> <b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>270,0</b>
<b>Sous-section 1</b> <b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>185,0</b>	<b>Sous-section 1</b> <b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>185,0</b>
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	175,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006 et prévisionnel 2007)	175,0
<b>Sous-section 2</b> <b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>85,0</b>	<b>Sous-section 2</b> <b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>85,0</b>
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la section III	10,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006 et prévisionnel 2007)	75,0
<b>Section VI</b> <b>Frais de gestion de la caisse</b>	<b>14,4</b>	<b>Section VI</b> <b>Frais de gestion de la caisse</b>	<b>14,4</b>
. Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,9	. Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3
. Dépenses de personnel/CNSA	7,3	. Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
. Excédent	0,2		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>16 738,3</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>16 284,5</b>
		<b>Excédent</b>	<b>453,8</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>16 738,3</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>16 738,3</b>
*Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	14,5		
Total atténuation de recettes	22,8		

## Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG passée entre la CNSA et l'État

18 septembre 2007

Le Conseil scientifique a été saisi de cinq questions par le directeur de la CNSA pour rendre un avis scientifique sur les actions engagées en 2007 par la Caisse.

### Débat sur le nouveau champ de protection sociale

Le Conseil scientifique a pris connaissance des réflexions en cours du Conseil sur la création du nouveau champ de protection sociale que ce dernier présentera au gouvernement dans le cadre de son rapport, au mois d'octobre 2007. Deux principes qui fondent ces réflexions ont été mis à la discussion sur le terrain de leur pertinence scientifique :

- Point 1 : la reconnaissance d'un champ de protection sociale consacré à l'accompagnement de l'autonomie, distinct du champ relatif à la couverture des besoins de santé et de celui lié à la perte de revenus.
- Point 2 : l'adoption d'une démarche unique fondée sur la mesure des besoins d'aide à l'autonomie quel que soit l'âge de la personne, qui impliquerait une harmonisation des méthodes et outils d'évaluation et de la nomenclature des biens et services.

Sur le premier point, le Conseil scientifique s'accorde pour fonder la pertinence de la distinction opérée entre le champ de l'autonomie et les deux autres champs de protection sociale destinés à répondre aux besoins de soins et à la perte de revenus. Il souligne les difficultés intrinsèques liées à un exercice de délimitation des frontières entre ces champs, et notamment entre ceux dédiés aux soins et à l'autonomie. Toutefois, ces difficultés ne remettent en cause ni cette distinction, ni la nécessité d'aller le plus loin possible dans la précision des frontières. Le Conseil scientifique met en garde contre les risques de concurrence entre les champs et regrette le cloisonnement excessif entre ces trois champs dans le domaine des études et de la recherche ; la question des revenus doit en particulier être davantage étudiée en lien et pas uniquement comme conséquence de la perte d'autonomie. À ce titre, tout ce qui contribue à l'adoption d'une vision globale sur les besoins en matière de soins et d'accompagnement vers l'autonomie doit être favorisé, notamment à travers l'organisation institutionnelle retenue. Il faut enfin considérer que l'organisation de l'articulation entre ces trois champs constitue une question d'étude en tant que telle.

Sur le deuxième point, le Conseil scientifique valide les fondements d'une approche commune de la question de l'autonomie quel que soit l'âge. Si l'âge est toujours un élément d'appréciation de la situation d'une personne, en particulier aux âges extrêmes de la vie, il ne doit jamais être un élément discriminant a priori du point de vue des principes qui conduisent à l'évaluation et de la reconnaissance des besoins, pas plus que ne doit l'être l'origine du handicap ou le statut juridique de la personne. Les outils d'évaluation eux-mêmes peuvent toutefois différer. Il considère que cette question, d'ordre scientifique, se distingue de celle relative à la réponse qui doit être proposée



en termes de financement public aux personnes, le cas échéant de façon distincte en fonction de leur âge ou de tout autre critère, qui traduit un choix de société ; par conséquent, il ne lui appartient pas de se prononcer sur cette dernière question.

### Place de la CNSA dans le futur plan Alzheimer

Le Conseil scientifique a souligné l'exigence de concilier l'approche transversale de l'autonomie que la CNSA a vocation à incarner et la démarche proposée à travers ce plan d'une réponse à une population spécifique définie à travers une pathologie.

Faisant part de sa crainte que l'approche biomédicale n'évacue les autres, il a plaidé pour que soit reconnue la nécessité de développer une recherche scientifique dans le champ médico-social sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et plus généralement sur l'ensemble des conséquences psychologiques, sociales et économiques de cette maladie sur la personne et sur son entourage, qui soit articulée aux autres dimensions de la recherche. La CNSA aurait vocation à investir le domaine de l'évaluation de l'impact de cette maladie en termes d'autonomie, de prévalence de ces situations, des limitations d'activité et des restrictions de participation sociale qui leur sont associées en soutenant des études épidémiologiques et de sciences humaines et sociales. Il souligne qu'un travail sérieux dans ce domaine ne pourra être développé sans un investissement financier préalable important pour favoriser la construction des outils nécessaires aux travaux. Il sera également utile de développer l'accompagnement méthodologique des équipes.

Outre le financement d'outils de cadrage général comme l'enquête Handicap Santé, la CNSA devrait donc s'engager dans le soutien à des cohortes et études longitudinales, qui doivent bénéficier d'une approche pluridisciplinaire. Des mesures incitatives dans ce sens pourraient être de favoriser les projets combinant plusieurs approches disciplinaires (biomédicale, épidémiologique, technologique, éthique, sociologique, psychologique...). Le Conseil scientifique proposera une méthode et une logique de constitution de cohortes à travers sa commission spécialisée en charge du suivi de l'enquête Handicap Santé, dont les missions seraient élargies, en veillant à mettre en évidence les problématiques auxquelles ces cohortes devront répondre, le lien avec la constitution du système d'information de la CNSA et en s'inspirant des méthodes de travail dans le domaine des systèmes complexes.

### Évaluation des besoins des personnes

#### Suites à donner pour le guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA)

Le Conseil scientifique a pris connaissance des résultats des travaux récents sur le test de reproductibilité du Guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) suivi par sa commission spécialisée. Il insiste sur la pertinence et l'intérêt de ce travail et l'importance de communiquer sur les résultats de ce test.

Sur le fond, le GEVA trouve sa place dans un processus d'évaluation dans lequel la collecte d'informations en amont par les professionnels est une étape importante qu'il convient de ne pas négliger.

Deux prolongements à ces travaux lui paraissent nécessaires pour favoriser l'appropriation de cet outil par les équipes :

- la mise en place d'une formation dans les maisons départementales des personnes handicapées ;
- un travail fin sur les termes utilisés dans le manuel d'accompagnement du guide, qui sont encore trop imprécis et ne peuvent aujourd'hui favoriser la reproductibilité du GEVA, notamment en raison de l'impact potentiel d'une cotation mal assurée des capacités fonctionnelles sur l'égalité de traitement en matière d'attribution de la PCH.

Le Conseil scientifique pose la question de l'application de cet outil d'évaluation pour les personnes en perte d'autonomie de plus de 60 ans et exprime le souhait qu'il puisse devenir utilisable pour elles, au besoin avec des modifications, afin de disposer d'une unité de recueil unique quel que soit l'âge.

#### **Colloque scientifique CNSA**

Le Conseil scientifique soutient la perspective d'un colloque scientifique sur l'évaluation des besoins organisé par la CNSA à des fins de recherche et de pédagogie. La méthodologie retenue serait celle d'une démarche en deux temps : une première journée d'un séminaire d'experts suivie d'un événement rassemblant un public plus large de chercheurs, professionnels, associations, décideurs publics.

Il attire l'attention sur l'importance des termes utilisés dans le titre de ce colloque. Il marque sa préférence pour le terme d'« évaluation de la situation de la personne » plutôt que d'« évaluation des besoins », qui peut être plus ambigu.

Il a débattu, sans trancher à ce stade, sur l'étendue plus ou moins large du champ que cet événement devrait couvrir. Ses membres sont invités à participer au comité d'organisation.

## **Aides techniques**

#### **Audition publique sur la préconisation des aides techniques**

Le Conseil scientifique a pris connaissance avec intérêt de la présentation de la démarche conduite dans le cadre de cette audition publique, dont les objectifs semblent globalement atteints même si les résultats n'ont pas encore été mis à disposition.

Il constate et regrette que la question des aides techniques soit trop souvent réservée aux personnes handicapées. La CNSA devrait exercer toute sa vigilance pour que l'accès des personnes âgées aux aides techniques soit intégré aux réflexions.

**Étude prospective nouvelles technologies pour la santé et pour l'autonomie avec l'Agence nationale de la recherche (ANR)**

Le Conseil scientifique souligne l'importance du travail de fond conduit à travers cette étude, qui dégage un certain nombre de pistes d'action.

Il note la limite que constitue encore la difficulté à évaluer les technologies innovantes en raison de l'absence de critères clairs pour ce domaine (équivalents du service médical rendu).

Tirant par ailleurs les enseignements de l'appel à projets TecSan 2007, il note les progrès en matière d'émergence de projets liés à l'autonomie. Il souligne toutefois les besoins d'accompagnement méthodologique des porteurs de projets.

**Commission spécialisée sur les centres d'expertise technique**

Constatant le développement de la production intellectuelle et industrielle relative aux technologies dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, le Conseil scientifique reconnaît l'opportunité de la réflexion sur la mise en place de centres d'expertise technique, ainsi rendus de plus en plus nécessaires.

Ils doivent constituer en quelque sorte, pour les technologies pour l'autonomie, le pendant des dispositifs d'aide à l'évaluation des technologies de la santé sur le plan clinique dans les hôpitaux (centres d'investigation clinique spécialisés en innovation technologique, CIC-IT) en vérifiant entre autres les qualités d'usage de ces technologies.

Le schéma d'organisation qui se dégage des réflexions de la commission spécialisée s'articule sur un double niveau : réseau de centres généralistes au niveau régional ; au niveau national, réseau de centres d'expertise technique nationaux, dont certains pourraient être adossés à des centres à vocation régionale mais spécialisés sur une thématique.

Il s'agira désormais pour la commission de proposer un ensemble complet des thèmes devant être l'objet d'un centre d'expertise technique en indiquant les priorités sur lesquelles faire porter un premier appel d'offres.

**Critères d'allocation de ressources des enveloppes de l'ONDAM médico-social et réduction des écarts territoriaux dans le champ des établissements et services médico-sociaux**

Le Conseil scientifique a été saisi de la pertinence des critères retenus par la CNSA pour la répartition des enveloppes de l'ONDAM médico-social et de la nécessité et l'opportunité de les faire évoluer.

Il valide la distinction à faire entre les critères de répartition des enveloppes budgétaires, qui doivent être simples, robustes et en nombre limité pour être acceptés, et les critères d'analyse de l'offre et de la demande et d'appui à l'optimisation et à la mesure d'impact des politiques publiques, qui doivent progressivement intégrer de nouveaux paramètres qualitatifs (effets en terme d'emploi, d'accessibilité des services...).

En ce qui concerne les critères de répartition, il note qu'il serait intéressant de les enrichir de critères décrivant les besoins, grâce à des travaux spécifiques à conduire en lien avec l'INSEE et la DREES. Au vu des études disponibles ou à lancer et des échéances de l'enquête Handicap Santé, il constate toutefois que les résultats de ces travaux ne pourront être exploités à court terme pour modifier les critères de répartition des enveloppes avant 2009-2010.

Dans l'attente des extensions locales réalisées dans l'enquête Handicap Santé et la mise en place du système d'information des MDPH, la CNSA doit engager un processus d'analyse permanent des effets de sa répartition des enveloppes. Il prône un investissement méthodologique de la CNSA sur la projection des besoins d'aide, ainsi que sur la distribution géographique des services médico-sociaux qui, à l'instar des travaux réalisés sur la distribution géographique des services de santé, doivent servir l'objectif de réduction des inégalités territoriales.

## PRIAC 2007 : premier bilan qualitatif et quantitatif

### Premiers constats sur le processus d'élaboration du PRIAC<sup>1</sup>

- La méthode d'élaboration a été évaluée le 14 juin par le comité de suivi du processus PRIAC, à partir des remontées régionales.
- Les avis consultatifs des Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) sont dans leur grande majorité favorables. Quatre avis défavorables ont été émis, au motif principal de l'insuffisance de la programmation au regard des schémas départementaux.
- La concertation, amorcée lors de l'élaboration du PRIAC 2006-2008, s'est renforcée :
  - Avec les conseils généraux**  
17 régions ont mené une concertation avec les conseils généraux (services), dont 6 régions avec les élus.
  - Avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)**  
12 régions ont engagé une concertation avec l'ARH, sous forme de réunions de travail. Elles lui ont également adressé le PRIAC.
  - Avec les autres services de l'État**  
12 régions se sont concertées avec l'Éducation nationale, 9 avec la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)...
  - Avec les autres partenaires**  
Une concertation a eu lieu dans 10 régions avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). 8 régions ont quant à elles engagé une concertation avec des partenaires, comme les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), le conseil régional, les têtes de réseaux...
- Les programmations sont plus homogènes en rythme de progression et en volumes.
- Concernant les « priorités interdépartementales » des PRIAC : 20 régions sur 22 ont renseigné ce volet (hors DOM : sans objet)
  - (2 régions n'ont pas transmis leur PRIAC complet : Alsace et Franche-Comté)
  - La priorisation est majoritairement établie à l'échelon départemental, sur le secteur des personnes âgées comme sur celui des personnes handicapées.
  - Pour le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie, l'indicateur du taux d'équipement par catégorie d'équipement (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes-EHPAD, Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire) reste le critère majoritairement utilisé pour la priorisation de la programmation du PRIAC par département.
  - La priorisation des territoires repose sur la prise en compte de critères élargis sur le secteur du handicap.

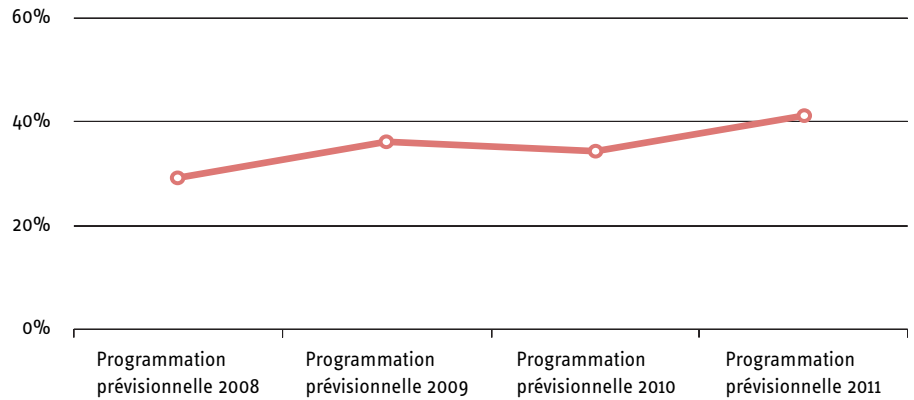
Une majorité de régions a établi la priorisation par territoires, notamment sur le secteur de l'enfance, à partir d'une analyse prenant en compte plusieurs indicateurs de mesure de l'offre et de la demande identifiée.

<sup>1</sup> Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Graphique 1

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes âgées dans les PRIAC 2008-2011 par année de financement par rapport au montant alloué en 2007

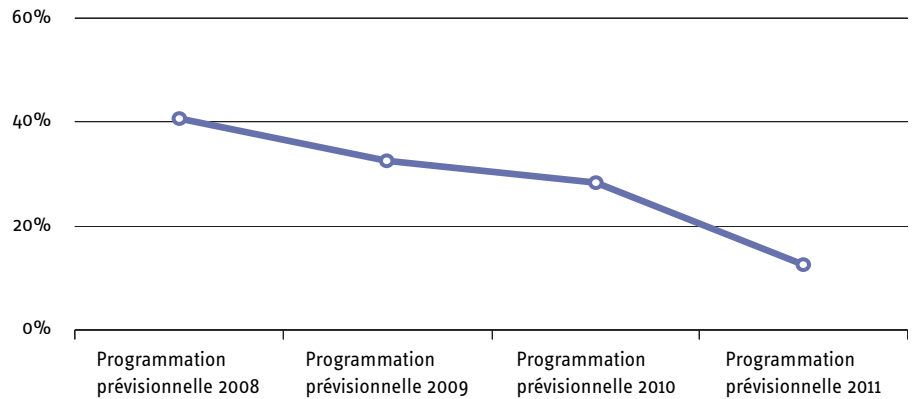
(y compris rattrapage territoriaux – sur 25 PRIAC – hors médicalisation et rebasage)



Graphique 2

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes présentant un handicap dans les PRIAC 2008-2011 par année de financement par rapport au montant alloué en 2007

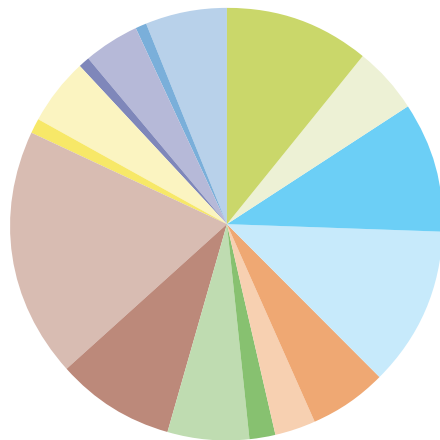
(y compris rattrapages territoriaux – sur 25 PRIAC – hors rebasage)



Graphique 3

Répartition\* des places programmées 2008-2011 pour les enfants et adolescents par type de déficience et par mode d'accompagnement

(hors CAMSP-CMPP)



<b>Autisme 16%</b>	Institutionnel 11%
	Milieu ordinaire 5%
<b>Trouble du caractère comportement 22%</b>	Institutionnel 10%
	Milieu ordinaire 12%
<b>Polyhandicap 9%</b>	Institutionnel 6%
	Milieu ordinaire 3%
<b>Déficience motrice 8%</b>	Institutionnel 2%
	Milieu ordinaire 6%
<b>Déficience intellectuelle 28%</b>	Institutionnel 9%
	Milieu ordinaire 19%
<b>Déficience sensorielle 6%</b>	Institutionnel 1%
	Milieu ordinaire 5%
<b>Déficience non précisée 5%</b>	Institutionnel 1%
	Milieu ordinaire 4%
<b>Toutes déficiences 7%</b>	Institutionnel 1%
	Milieu ordinaire 6%

\* en pourcentages arrondis

Les indicateurs utilisés sont les suivants : le nombre de personnes en attente de places (listes d'attente et amendement Creton), les projections démographiques, les places en attente de financement, le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire, le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie de façon inadéquate (pour le handicap psychique).

- Les rythmes et les volumes de programmation, toujours offensifs, sont aussi plus homogènes du fait d'une approche méthodologique mieux partagée :

**Sur le secteur des personnes âgées** (voir graphique 1, page 12)

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est plutôt régulier pour les 4 années à venir (2008-2011). L'évolution annuelle rapportée au niveau de mesures nouvelles 2007 notifiées (hors médicalisation) se décline de façon différente suivant le type d'accompagnement. La progression est offensive pour les EHPAD alors que l'accompagnement à domicile enregistre un niveau d'évolution beaucoup plus faible, notamment pour les SSIAD, et un peu plus soutenue pour les accueils de jour et les hébergements temporaires.

Par ailleurs, les écarts de niveau de programmation entre régions (hors DOM), tout en étant encore conséquents, sont nettement plus resserrés que dans la programmation précédente (2007-2008) comparée aux dotations 2006.

Ainsi, l'écart entre la région dont la programmation 2007-2008 rapportée à 2006 enregistrait en tendance annuelle la progression la plus faible, et celle enregistrant la progression la plus élevée, qui s'établissait de 1 à 13, est passé dans la programmation 2008-2011 rapportée aux dotations 2007, de 1 à 6.

**Sur le secteur handicap** (voir graphique 2, page 12)

L'évolution des volumes de programmation recouvre des rythmes différenciés : le secteur de l'enfance est beaucoup plus soutenu que celui des adultes.

On constate par ailleurs une décélération de 2008 à 2011 qu'il conviendra d'analyser pour mesurer l'incidence sur la programmation de l'absence de plans nationaux au-delà de 2007 et de la planification en cours, ce qui ne permet pas une visibilité jusqu'en 2011.

L'écart dans les niveaux de programmation entre les régions était beaucoup plus restreint (de 1 à 3,5) que sur le secteur des personnes âgées.

- Concernant les coûts à la place des actions programmées dans le PRIAC, on constate des écarts interrégionaux plus importants sur le secteur de l'enfance. Ces disparités interrégionales de coûts de création de place (hors requalification et transformation) peuvent aller du simple au double. Ces écarts sont nettement moins importants sur le secteur des adultes.
- La diversification de l'offre est en progression sur le secteur des personnes âgées et sur le secteur de l'enfance.



La répartition de la programmation en places d'établissements et en places de structures et services permettant le maintien à domicile ou l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est équilibrée avec le secteur des personnes âgées. Elle était jusqu'alors plus orientée vers la prise en charge en établissements. Sur le secteur du handicap, la part des établissements reste prépondérante pour les adultes. En revanche, pour les enfants, l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est privilégié. On n'enregistre pas d'évolution sur le mode d'accompagnement sur la durée du PRIAC.

- L'adaptation de l'offre existante se poursuit : 16 régions ont identifié des actions de transformation de l'offre existante pour l'adapter aux besoins des enfants handicapés, et 12 régions ont fait de même concernant le secteur adultes.
- La contractualisation, avec la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), est amorcée :  
14 PRIAC recensent des projets de CPOM sur le secteur du handicap. Les articulations sanitaires et médico-sociales sont désormais intégrées par les régions dans la démarche de programmation. Elles se déclinent selon trois volets :
  - les actions de coopération dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : conventions avec les établissements sanitaires, équipes mobiles (soins palliatifs, psychiatrie) intervenant dans les établissements médico-sociaux, réseaux, maisons des adolescents, GEM, développement de structures médico-sociales s'intégrant dans des filières de prises en charge gérontologiques ou psychiatriques. Ces actions sont à développer dans le cadre de la concertation avec les ARH;
  - les réseaux existants et en projets associant soins de ville, hôpitaux et secteur médico-social ;
  - les actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services, en ciblant deux filières : la filière gériatrique et la filière santé mentale et handicap psychique.

9 régions ont renseigné les trois volets, 14 régions les actions de coopération dans le cadre du SROS, 18 régions l'une ou les deux parties du volet réseaux, et 11 régions le volet prévention.

#### **Les annexes facultatives investissement et ressources humaines**

Ces annexes ont pour finalité un rôle d'observation des besoins. Elles ont été peu renseignées, seules 4 régions ont complété partiellement l'annexe relative à l'investissement et 7 régions celle sur les ressources humaines, sans qu'elles fassent apparaître de diagnostic partagé sur l'un ou l'autre domaine.

### **Exploitation des projections physiques et financières des PRIAC (hors ESAT)**

- Au sein du secteur handicap, la programmation reflète la pression exercée sur le secteur de l'enfance :

Les montants programmés sur le secteur du handicap se répartissent, de 2008 à 2011, à raison de 45% en faveur des enfants et 55% en faveur des adultes. La part du secteur de l'enfance dans les PRIAC est sensiblement plus importante que celle qui lui a été consacrée jusqu'alors dans les plans nationaux, où ce secteur représente 32% des financements alloués en 2007 au titre des mesures nouvelles.

- Les types d'accompagnement selon les problématiques :

**Sur le secteur de l'enfance** (voir graphique 3, page 12)

75% des places programmées sur la période 2008-2011 concernent quatre déficiences :

- la déficience intellectuelle (27%) ;
- les troubles du caractère et du comportement (22%) ;
- l'autisme (16%) ;
- le polyhandicap (9%).

Les deux tiers des places programmées pour l'accompagnement de la déficience intellectuelle sont des places de SESSAD (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile). La programmation des places de SESSAD comprend, à hauteur de 55%, des places pour les troubles de la conduite et du comportement, mais seulement un tiers des places est dédié au polyhandicap ou à l'autisme.

La programmation de places en établissements est ciblée géographiquement : la programmation de places en établissements pour la déficience intellectuelle ne concerne que 35% des départements et 37% pour le polyhandicap, alors que 66% des départements ont prévu des places en établissements pour enfants autistes et 55% pour les troubles du comportement.

L'accompagnement précoce, une des priorités des PRIAC : le diagnostic et la prise en charge précoces par des CAMSP et des CMPP représentent 10% des montants programmés pour les enfants. 22 régions sur 25 ont programmé des créations ou extensions de CAMSP et 19 sur 25 de CMPP.

**Sur le secteur adulte** (voir graphique 4, page 16)

Sur le secteur des adultes, l'accompagnement du handicap psychique constitue une demande prioritaire (22% de la programmation). Viennent ensuite le polyhandicap et les personnes lourdement handicapées (18%), la déficience intellectuelle et déficience non précisée (10%) et les personnes handicapées vieillissantes (12%).

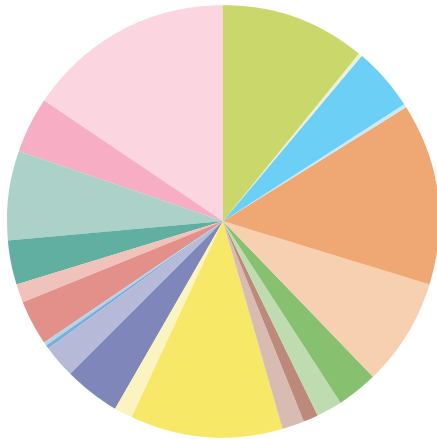
Près de 20% de la programmation concerne toutes les déficiences. Ces places sont très majoritairement des places de SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et de SSIAD.

L'émergence de l'accueil temporaire est encore timide, tant chez les adultes que chez les enfants.

La répartition entre l'accompagnement à domicile et l'accompagnement en établissement varie selon la déficience : pour le handicap psychique, deux tiers

Graphique 4

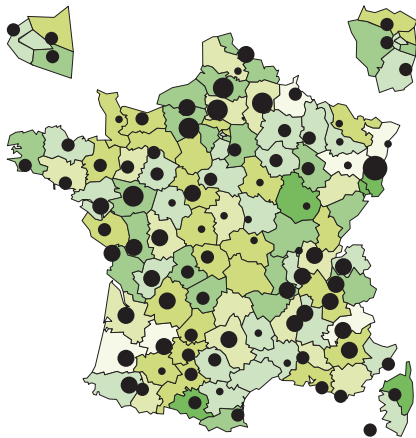
Répartition des places programmées 2008-2011 pour les adultes par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors ESAT-GEM-Auxiliaire de vie)



<b>Handicap vieillissant</b> 11,35%	Institutionnel 11%
	Milieu ordinaire 0,35%
<b>Autisme et TED</b> 4,85%	Institutionnel 4,5%
	Milieu ordinaire 0,35%
<b>Handicap psychique</b> 21,5%	Institutionnel 13,5%
	Milieu ordinaire 8%
<b>Handicap lourd</b> 5%	Institutionnel 3%
	Milieu ordinaire 2%
<b>Traumatisés crâniens-AVC</b> 3%	Institutionnel 1,5%
	Milieu ordinaire 1,5%
<b>Polyhandicap</b> 12,5%	Institutionnel 11%
	Milieu ordinaire 1,5%
<b>Déficience motrice</b> 6,5%	Institutionnel 4%
	Milieu ordinaire 2,5%
<b>Déficience sensorielle</b> 0,55%	Institutionnel 0,20%
	Milieu ordinaire 0,35%
<b>Déficience intellectuelle</b> 4,75%	Institutionnel 3,25%
	Milieu ordinaire 1,5%
<b>Déficience non précisée</b> 10,5%	Institutionnel 3,5%
	Milieu ordinaire 7%
<b>Toutes déficiences</b> 19,5%	Institutionnel 4%
	Milieu ordinaire 15,5%

Carte 1

Nombre de places d'accueil de jour demandées/1000 PA 75 ans (PRIAC 2008-2011) rapporté au taux d'équipement en accueil de jour (places autorisées – source FINESS 2006)



Taux d'équipement AJ/1000 PA 75 ans +

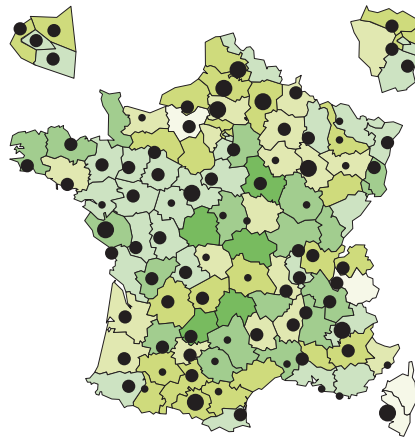
2,22	0,45
1,29	0
0,85	0

Nombre de places AJ/1000 PA 75 + demandées (PRIAC 2008-2011)

5,00	2,00
2,79	0,00

Carte 2

Nombre de places d'hébergement temporaire demandées/1000 PA 75 ans (PRIAC 2008-2011) rapporté au taux d'équipement en hébergement temporaire (places autorisées – source FINESS 2006)



Taux d'équipement HT/1000 PA 75 ans (finess 2006)

3,90	0,82
2,22	0,11
1,56	0

Nombre de places HT demandées/1000

5,00	0,99
2,72	0,00

des places sont programmées en institution, alors que les services représentent près de 60% des places pour déficients intellectuels.

La répartition entre les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) s'établit dans une proportion de 44% pour les MAS et 56% pour les FAM. Elle est cependant très contrastée selon le type de déficience, et selon les régions.

**Sur le secteur des personnes âgées** (voir cartes 1 et 2, page 16)

Concernant la répartition des priorités inscrites dans les PRIAC en matière d'accompagnement en EHPAD et à domicile, on observe que :

13% des places des PRIAC sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer. Ces places sont majoritairement centrées sur le maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire) Il faut souligner que parmi les places programmées pour les personnes âgées en perte d'autonomie, une part importante est appelée à accueillir également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

---

## Conclusion Les grandes tendances des PRIAC

- La pression du secteur de l'enfance est caractérisée par :
  - la prédominance de l'accompagnement en milieu ordinaire avec le développement des SESSAD ;
  - la poursuite du développement de l'accompagnement précoce en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), programmé respectivement dans 22 et 19 régions;
  - la part importante de l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement (22% de la programmation pour les enfants), et dans une moindre part de l'autisme (16%);
  - le rattrapage géographique de l'accompagnement en établissements, notamment pour la déficience intellectuelle (35% des départements) et le polyhandicap (37% des départements).
- Une programmation centrée sur la création de places en établissements (MAS et FAM), avec préférentiellement des places de FAM pour l'accompagnement des trois problématiques qui représentent 75% de la programmation : le handicap psychique, le polyhandicap et les personnes lourdement handicapées, ainsi que les personnes handicapées vieillissantes. L'autisme est également présent, mais dans une plus faible proportion.
- La faible émergence de l'accueil temporaire sur l'ensemble du secteur handicap
- Concernant les personnes âgées, malgré la pression sur les EHPAD la programmation privilégie l'accompagnement à domicile (55% des places programmées)

## Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2006 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

### Mise en œuvre du processus et de l'analyse des programmes régionaux

#### Mise en œuvre du PAM 2006

Conformément à la procédure arrêtée, la responsabilité de l'instruction des dossiers repose sur les services déconcentrés de l'État (directions départementales de l'action sanitaire et sociale-DDASS et directions régionales de l'action sanitaire et sociale-DRASS).

Les programmes régionaux de modernisation devaient initialement être remontés pour la fin du mois d'avril. Selon les régions, les délais de transmission ont été plus tardifs, s'échelonnant jusqu'à la fin du mois de juin 2006.

Après remontées des programmes régionaux priorités au niveau national, l'objectif de l'analyse des dossiers par la CNSA n'était donc pas une ré-instruction des dossiers mais un contrôle de cohérence, d'adéquation et de conformité aux orientations de l'instruction du 17 mars 2006 (respect des critères d'éligibilité et des éléments de qualité des projets).

En appui des services déconcentrés de l'État, la CNSA a mis à disposition des outils techniques (fiches techniques et de procédure) et documents formalisés (dossier type de demande d'aide) permettant une aide dans l'instruction des dossiers, et s'est également investie dans l'animation des correspondants régionaux (ingénieurs régionaux de l'équipement et services compétents des DRASS) au travers de l'organisation de trois journées techniques nationales.

#### Analyse des programmes régionaux proposés par les préfets de région

Au regard des critères rappelés en préambule, les scores obtenus par les programmes régionaux sont globalement bons.

Il convient de souligner qu'en application des décisions du Conseil de la CNSA, un abattement financier a été opéré sur les programmes régionaux présentant un volume important de demande d'aide pour des travaux de mise aux normes exclusive. En conséquence, la part de financement CNSA dédiée à ce type d'opération n'excède jamais plus de 15% des crédits.

Le tableau de synthèse joint en annexe situe les régions au regard des indicateurs de critères de priorisation.

*Toutes les opérations éligibles présentées en liste principale ont été financées.*

Le taux de satisfaction global (liste principale et liste complémentaire) des programmes régionaux est de 96% (il oscille entre 84% à 100%).

Le taux le plus faible est à rapporter au nombre de dossiers présentés (en liste principale et complémentaire) et à leur poids financier au regard des crédits disponibles.

On note que les besoins régionaux exprimés sur des listes complémentaires sont plus importants sur le secteur personnes âgées, ce qui conduit à des taux de satisfaction des demandes plus faibles.

## Bilan des notifications

**Montants notifiés le 26 juillet 2006 (Conseil de la CNSA du 4 juillet 2006)  
et le 22 novembre 2006 (Conseil du 17 octobre 2006)**

*(Source CNSA : exploitation des données du PAM 2006 au 1<sup>er</sup> mars 2007)*

La totalité des crédits a été notifiée entre le 26 juillet et le 22 novembre.

Cela représente donc :

- 350 M pour le secteur personnes âgées, soit le financement de 422 dossiers pour un montant total de travaux de 1,8 milliards, et 29 028 places à moderniser.
- 150 M pour le secteur personnes handicapées, soit le financement de 242 dossiers pour un montant total de travaux de 530 millions, et 12 098 places à moderniser (hors file active).

## Structure des opérations financées

*(Source CNSA : exploitation des données du PAM 2006 au 1<sup>er</sup> mars 2007)*

### Typologie et nature des opérations financées

- Secteur personnes âgées

Type de structure :

- 73% des dossiers concernent des établissements ayant signé la convention tripartite ;
- 15% concernent des établissements pour personnes âgées en cours de signature de la convention tripartite ;
- 7% concernent des logements foyers en cours de négociation de leur convention ;
- 5% concernent des unités de soins de longue durée (USLD) en cours de négociation de leur convention.

Statut du gestionnaire :

- 26% sont présentés par des établissements publics autonomes ;
- 26% concernent des établissements gérés par des associations ;
- 24% concernent des établissements gérés par des établissements publics de santé ;
- 15% concernent des établissements gérés par des centres communaux d'action sociale.

Nature des travaux :

Sur l'ensemble des dossiers traités, la nature des travaux engagés grâce au plan de modernisation se répartit comme suit :

- restructuration et reconstruction : 40%
- restructuration seule : 22%
- construction neuve : 26%
- étude de faisabilité : 0,8%
- mise aux normes exclusive : 7%

■ Secteur personnes handicapées

Type de structure :

- 76% d'établissements de l'enfance handicapée dont :  
79% des dossiers concernent des instituts médico-éducatifs (IME) ;  
15% des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;  
6% des services (centre d'action médico-sociale précoce/CAMSP, centre médico-psycho-pédagogique/CMPP, services d'éducation spéciale et de soins à domicile/SESSAD)
- 24% d'établissements pour adultes handicapés dont :  
72% de maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;  
25% de foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;  
4% de centres de rééducation professionnelle (CRP)

Statut du gestionnaire :

- 82% des dossiers correspondent à des établissements gérés par des associations ;
- 6% à des établissements publics autonomes ;
- 5% à des établissements gérés par des établissements publics de santé ;
- 2% à des établissements gérés par une union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) ;
- 1% à des établissements mutualistes.

Nature des travaux :

Sur l'ensemble des dossiers traités, la nature des travaux engagés grâce au Plan de modernisation se répartit comme suit :

- restructuration et reconstruction : 37%
- restructuration seule : 23%
- construction neuve : 33%
- étude de faisabilité : 0,3%
- mise aux normes exclusive : 13,5%

**Éléments sur les coûts**

Cette dimension sera affichée ultérieurement sur la base des conventions définitives et le suivi d'exécution.

■ Taux moyen d'aide CNSA

- Secteur personnes âgées : 20%, soit un montant moyen d'aide de 830 000 €.
- Secteur personnes handicapées : 29%, soit un montant moyen d'aide de 620 000 €.

■ Coût moyen à la place des opérations de modernisation

- Secteur personnes âgées : 60 000 €.
- Secteur personnes handicapées : 42 600 €.

Pour mémoire, la référence plafond à la place se situait à 100 000 €.



## Éléments qualitatifs

- Secteur personnes âgées
  - Engagement dans le processus de conventionnement tripartite : 100%.
  - Diversification des modes d'accueil : 81% des porteurs de projets développent déjà ou vont, à l'occasion de l'opération de modernisation, développer de nouveaux modes d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire).
  - Existence d'un projet d'établissement : 95%.

L'objectif d'impact des opérations, sur les espaces de vie des personnes âgées et sur les conditions de travail des professionnels, est globalement atteint, compte tenu des critères de modernisation. Plusieurs opérations s'inscrivent dans des modernisations d'ensemble des établissements.
  
- Secteur personnes handicapées
  - Existence d'un projet d'établissement : 95%.

Les informations relatives au projet de vie sont inégales. Même s'ils sont très minoritaires, des maîtres d'ouvrage présentent des demandes d'aide à l'investissement sans projet de vie identifié.

## Premier bilan du fonctionnement et de l'activité des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

### Fonctionnement des MDPH

#### Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

(voir graphiques 5 et 6, page 23)

Elles sont toutes créées et installées.

Plus de la moitié des CDAPH étaient installées en avril 2006, la quasi-totalité en septembre 2006.

Il n'existe pas de réelle différence entre les mois de création et d'installation des CDAPH : en général, les mois de création sont aussi les mois d'installation. Presque toutes les MDPH (94 %) dont la CDAPH est installée prennent des décisions dès le mois de l'installation (81 %) ou le mois suivant (13 %).

#### Mise en place et fonctionnement des fonds de compensation départementaux

Fin avril, plus de 90 % des fonds de compensation étaient créés (sur la base de 97 départements répondants).

Pour 50 % des MDPH, deux mois s'écourent entre le mois de création du fonds de compensation et sa première intervention. Un cinquième des MDPH réduisent le délai à 0 ou 1 mois.

#### Effectifs : bilan 2006 (voir graphique 7, page 23)

En un an, en proportion, la part des effectifs « État » est passée de 62 % à 49 %, tandis que celle des effectifs du Conseil général est passée de 22 % à 31 % du total. Le GIP MDPH contribue aux recrutements de la MDPH sur son budget propre : leur proportion a triplé entre le début et la fin d'année 2006. L'échantillon ne permet pas de savoir si la diminution en proportion des personnels « État » traduit un nombre de recrutements accru du conseil général ou un désengagement des personnels de l'État<sup>1</sup>.

### L'activité des MDPH

Tous les mois, un questionnaire relatif à l'activité et au fonctionnement des MDPH est envoyé à chacune d'elles. La collecte des données permet une analyse de l'activité, notamment en termes de demandes reçues et de décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie.

Les résultats d'activité sont déclaratifs :

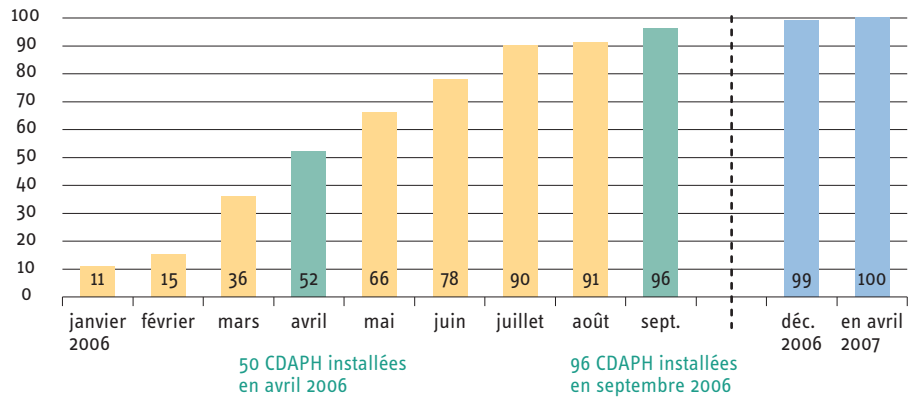
- En 2006, ils concernaient en moyenne entre 70 et 78 MDPH.
- Début 2007, ils s'appuient en moyenne sur les déclarations de 65/70 MDPH.

#### Les demandes déposées (voir tableau 1 et graphique 8, page 24)

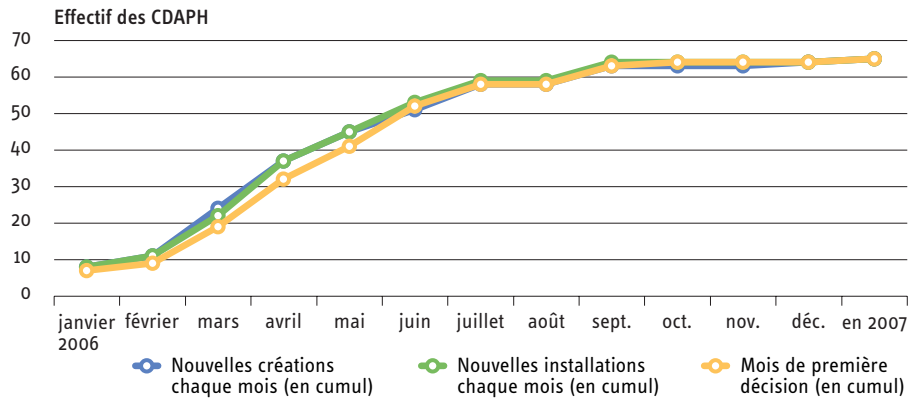
70 600 demandes de Prestation de compensation du handicap (PCH) déposées ont été estimées pour l'année 2006.

<sup>1</sup> 44 MDPH ont répondu à la fois en janvier et en décembre 2006 sur la composition des effectifs. Le résultat obtenu n'est pas significatif et ne permet pas de conclure à l'augmentation ou la diminution des personnels État.

Graphique 5  
Installation des Commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) - Source déclarative



Graphique 6  
Création, mise en place et fonctionnement des CDAPH - source déclarative: 65 MDPH



Graphique 7

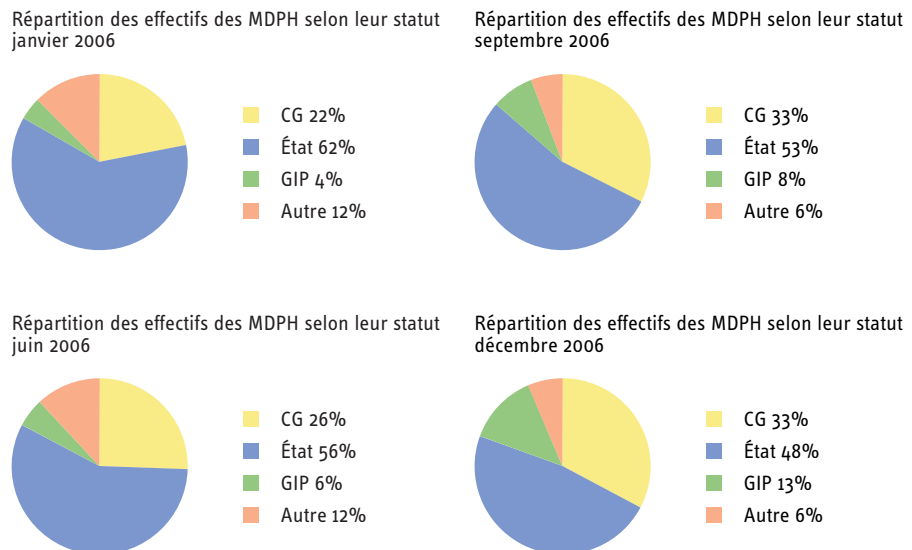


Tableau 1

Les demandes déposées

2006	Total des demandes PCH*	70 622
2007	Total des demandes PCH*, 1 <sup>er</sup> trimestre	21 355
	Nombre moyen de demandes de PCH*, 1 <sup>er</sup> trimestre	7 118
	Part moyenne des demandes PCH enfants, 1 <sup>er</sup> trimestre - en %	5,1

\* extrapolées à la population française

Graphique 8

Evolution mensuelle des demandes PCH estimation France entière (source déclarative)

Nombre de demandes PCH déposées

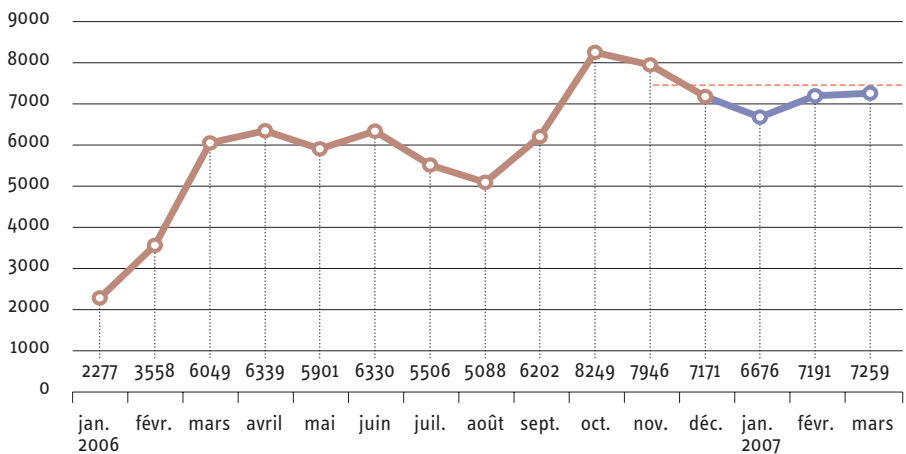


Tableau 2

Décisions examinées en CDAPH

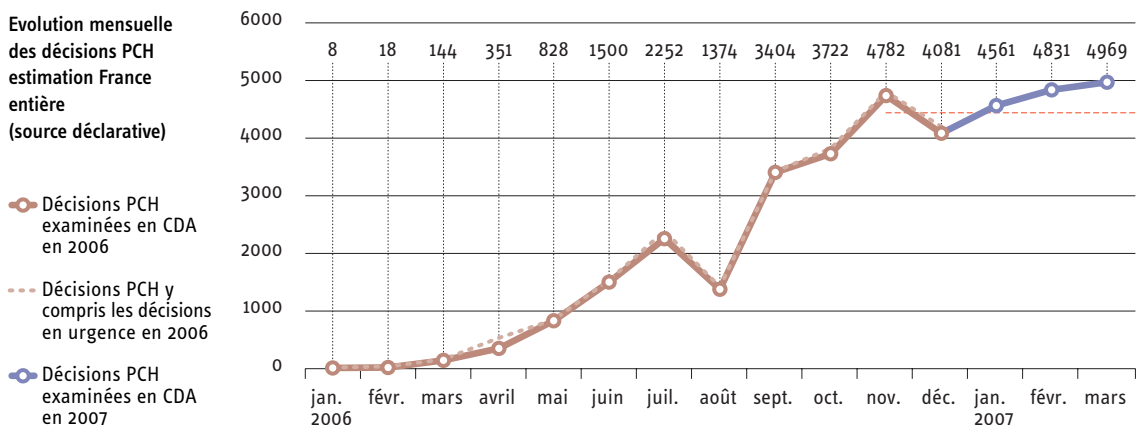
2006	Total des décisions PCH*	23 514
2007	Total des décisions PCH*, 1 <sup>er</sup> trimestre	14 753
	Nombre moyen de décisions PCH* prises, 1 <sup>er</sup> trimestre	4 918
	Part des PCH refusées dans le total des décisions, 1 <sup>er</sup> trimestre	31,8
	Part des PPC par rapport aux décisions PCH - en %	1,0
	Part des PCH adultes dans le total des PCH examinées - en %	96,3

\* extrapolées à la population française

Graphique 9

Evolution mensuelle des décisions PCH estimation France entière (source déclarative)

Nombre de décisions PCH



○ Décisions PCH examinées en CDA en 2006

--- Décisions PCH y compris les décisions en urgence en 2006

○ Décisions PCH examinées en CDA en 2007

La montée en charge des demandes de prestations de compensation observée jusqu'en octobre 2006 semble terminée et stabilisée à environ 7 000 demandes déposées chaque mois, en moyenne.

À ce rythme, le nombre total annuel des demandes de prestation de compensation pourrait s'établir, sur l'année 2007, à 84 000 demandes. 5% des demandes de PCH concernent les enfants.

#### **Les décisions examinées en commission des droits et de l'autonomie**

(voir tableau 2 et graphique 9, page 24)

En 2006, près de 23 500 décisions (accords et refus confondus) ont concerné la prestation de compensation.

En 2007, sur le premier trimestre, elles sont de l'ordre de 15 000. En 2007, le nombre moyen de décisions PCH prises est donc environ de 5 000 par mois.

Compte tenu du différentiel entre le nombre de demandes PCH déposées attendues et le nombre de décisions PCH estimées, et étant donné le rattrapage qui devra s'opérer, la montée en charge des décisions PCH n'est sans doute pas terminée. En effet, en moyenne, en tenant compte des deux derniers mois 2006 et du premier trimestre 2007, la fréquence mensuelle des décisions serait comprise entre 4 500 et 5 000, soit une activité annuelle concernant les décisions PCH de plus de 55 000 (à rapprocher des 70 000 demandes estimées en 2006 et des 84 000 demandes à venir en 2007).

Dans la plupart des cas, les présentations de PCH à la CDAPH sont accompagnées de plans personnalisés de compensation.

Logiquement, les décisions de PCH concernent majoritairement les adultes. Près de 4% concernent les enfants.

Près de 32% des PCH présentées pour décision à la CDAPH sont refusées, en moyenne, sur le premier trimestre 2007. La dispersion autour de la moyenne est importante : le taux de refus s'échelonne de 7% à 70% (voir graphique 10, page 26).

#### **Les éléments de la prestation de compensation**

Les questionnaires mensuels 2007 permettent d'isoler les différents éléments attribués de la prestation de compensation, notamment leur nombre et les montants.

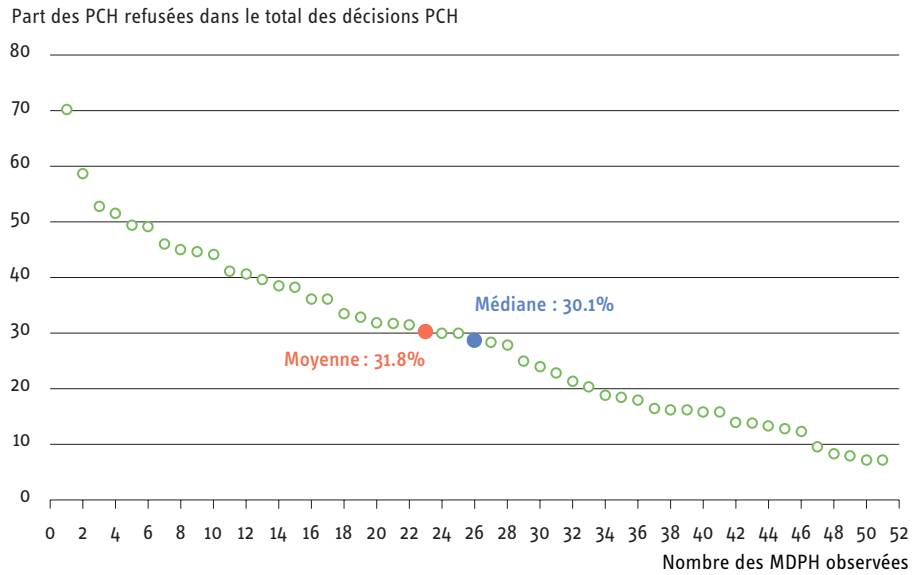
En moyenne, sur le premier trimestre 2007, parmi les éléments de la prestation de compensation, la moitié des attributions concerne les aides humaines, et un cinquième les aides techniques.

L'élément 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts dus aux frais de transport) compte pour 14% ; l'élément 4 (charges spécifiques et exceptionnelles) représente quant à lui 13% du total des attributions CDAPH.

Les aides animalières représentent une faible part des accords dans l'ensemble de la prestation de compensation, moins de 0,5% (voir graphique 11, page 26).

Graphique 10

Taux de refus de PCH en %, 1<sup>er</sup> trimestre 2007  
Source déclarative : 50 MDPH dans l'échantillon  
(écart-type : 17,7%)



Graphique 11

Répartition des éléments de la PCH attribués, en pourcentages, 1<sup>er</sup> trimestre 2007 source déclarative

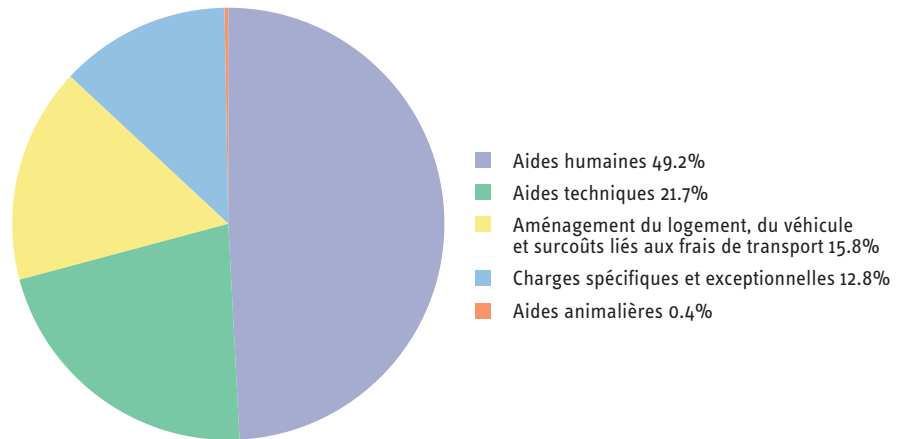


Tableau 3

	Nombre d'éléments attribués en moyenne en 2007								
	Effectifs	Aides humaines	Aides techniques	Aménagement du logement	Aménagement du véhicule	Surcoûts des frais de transport	Charges spécifiques	Charges exceptionnelles	Aides animalières
Janvier	45	28,5	7,8	3,7	1,9	0,8	5,5	0,9	0,6
Février	47	25,1	8,4	4,3	2,2	1,2	5,2	0,8	0,2
Mars	51	28,7	10,3	3,6	3,2	1,4	6,3	1,3	0,3
Moyenne trimestrielle		25,8	8,8	3,9	2,5	1,1	5,4	0,9	0,3
Ecart types		(34.7)	(7.1)	(3.2)	(2.5)	(2.0)	(7.0)	(1.6)	(1.2)

En moyenne<sup>2</sup>, chaque MDPH accorde tous les mois 26 aides humaines, 9 aides techniques, respectivement 4 et 2 aménagements du logement et du véhicule, près de 5 aides aux charges spécifiques, peu d'aides quant aux surcoûts des frais de transport, aux charges exceptionnelles et aides animalières (voir tableau 3, page 26).

Plus précisément :

- la moitié des MDPH accorde 15 aides humaines par mois ;
- les trois-quarts des MDPH attribuent au maximum 30 aides humaines par mois ;
- la moitié des MDPH accorde 6 aides techniques par mois ;
- les deux tiers accordent 10 aides techniques chaque mois.

Ces nombres moyens d'attributions sont assortis d'indicateurs de dispersion forts. Ils reflètent la moyenne sur le territoire mais gommement les situations individuelles très dispersées les unes des autres.

Par exemple, en nombre d'attributions mensuelles en aides humaines rapporté à la population, le taux d'octroi d'aides humaines varie de 0 à 70 pour 100 000 habitants selon les mois et selon les MDPH. Dans 50% des cas, l'octroi d'aides humaines chaque mois se situe au maximum à 16 pour 100 000 habitants.

La répartition des éléments de la PCH en montant diffère de celle établie en nombre d'éléments accordés : si les montants des aides humaines comptent pour près de la moitié des montants PCH, les aménagements du logement et du véhicule comptent pour 36% du montant (contre 14% en volume). Les aides techniques ne représentent plus que 15% du montant total PCH, contre 22% en volume (voir graphique 12, page 28).

En moyenne<sup>3</sup>, les montants attribués aux aides humaines sont proches de 500 € mensuels, ceux attribués au titre des aides techniques équivalent à 900 € en versement ponctuel. Le montant attribué au titre d'un aménagement de logement est de 3 500 € et de 3 100 € pour un aménagement de véhicule.

Ils sont inférieurs à ceux relevés lors de l'enquête ponctuelle réalisée auprès de 25 MDPH en décembre 2006 (voir graphique 13, page 28).

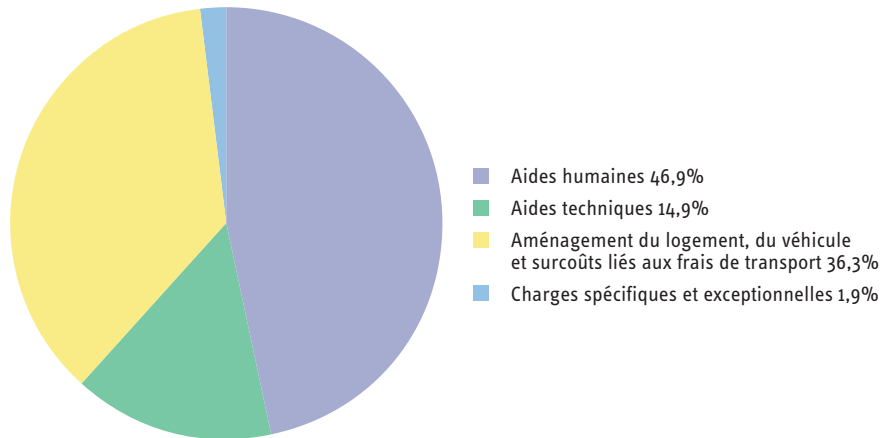
<sup>2</sup> Taille de l'échantillon : 182 observations

<sup>3</sup> Taille de l'échantillon : 157 observations



Graphique 12

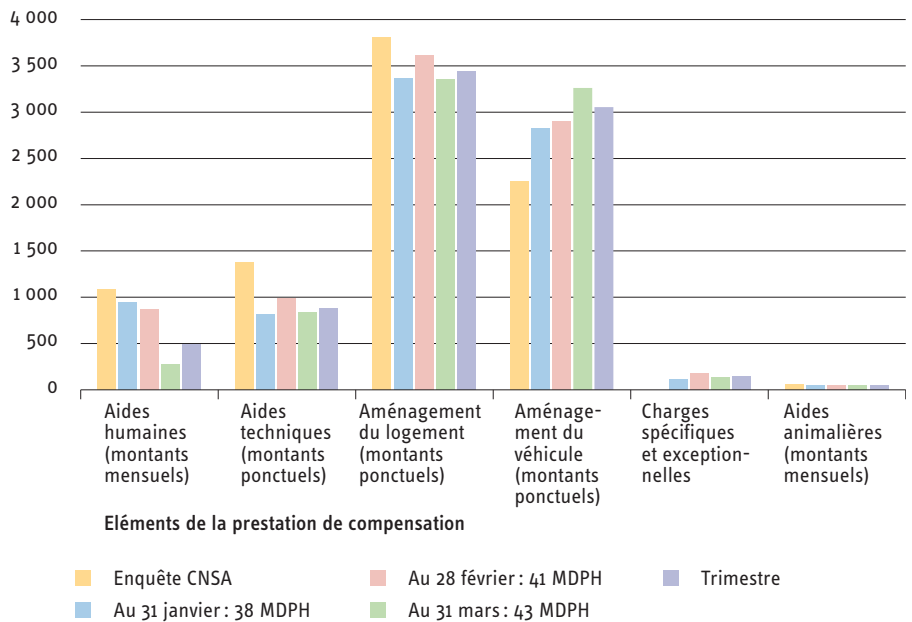
Répartition des montants des éléments de la PCH, en pourcentages, 1<sup>er</sup> trimestre 2007 source déclarative



Graphique 13

Montants moyens par élément de la prestation de compensation, 1<sup>er</sup> trimestre 2007 – source déclarative

Montants moyens en €



## Récapitulatif des actions financées sur la section V

(mise en œuvre du programme d'action 2006-2007 - au 31 août 2007)

### Les principales actions thématiques en direction des personnes âgées, émergeant à la sous-section V-a (10 M€)

#### Au titre de « la connaissance de la situation des personnes »

##### Travaux prévus

##### Actions engagées

A Enquête prospective et rétrospective dans la population générale (personnes âgées, entourage) sur les choix de vie à domicile et en institution et étude sur les principaux déterminants de maintien à domicile ou d'entrée en institution.

B Étude sur l'amélioration des outils de mesure de la perte d'autonomie et d'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée, pour l'élaboration des plans d'aide.

• SMAF – CG 24  
GEMAPA – CG 23  
Montant : 15 000 €  
(chèque consultant)

C Des études épidémiologiques pourraient aussi être conduites afin de mieux connaître les populations en situation de dépendance, avec peut-être la mise en place de cohortes.

• Appel à projets avec l'IReSP  
Montant : 422 051 €

#### Au titre de « l'anticipation des problématiques émergentes »

##### Travaux prévus

##### Actions engagées

A Élaboration de référentiels sur les bonnes conduites à tenir auprès des personnes âgées présentant une détérioration

• Étude de faisabilité d'une enquête quantitative nationale sur la maltraitance des personnes âgées  
Partenaire : DGAS  
Montant indicatif : 93 174 €

B Étude sur les modes de coordination et de mise en réseau dans l'accompagnement des personnes âgées

• Appel à projets avec la HAS  
Montant : 150 000 €

C Recherche-action sur les modalités de mise en œuvre des nouveaux dispositifs d'aides aux aidants, (suite de la conférence de la famille 2006)

• Appel à projets aide aux aidants (PA-PH)  
Montant : 2,2 M€

D Contribution aux études conduisant à des référentiels sur l'adaptation des espaces de vie au grand âge

• Nouvelles formes d'habitat collectif pour les personnes âgées : recherche-action

<p>(habitats individuels, hébergements collectifs incluant les EHPAD) et pouvant déboucher sur des actions opérationnelles</p>	<p>Porteur : AGEVIE Conseil Montant : 29 924 €</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prix de l'architecture sur les EHPAD (Géront Expo) Porteur : FHF Montant : 20 000 €</li> <li>• Logement des immigrés à l'épreuve du vieillissement Porteur : ADOMA Montant : 80 000 €</li> </ul>
<p>E Diffusion des actions innovantes et reproductibles dans les domaines mentionnés en A, B, C, D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'un guide de l'entrepreneur social innovant Porteur : Village à vivre Montant : 95 680 € (PA-PH)</li> <li>• Expérimentation et évaluation d'espaces ressources/lieux d'écoute pour personnes âgées Porteur : la Maison Ouverte Montant : 100 000 €</li> <li>• Expérimentation d'équipes mobile d'urgence (EMU) Porteur : la Maison Ouverte Montant : 50 000 €</li> </ul>
<p>F Contribution à l'étude sur l'amélioration de la qualité dans les EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide sur la qualité d'usage : Demande de partenariat faite par la DGAS – non confirmée</li> <li>• Programme PRIAM : surveillance et prévention des infections dans les EHPAD Porteur : ORIG Montant : 100 000 €</li> </ul>
<p>Autres travaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique territoriale de l'habitat et choix de vie des personnes au grand âge (PUCA) Porteur : CLEIRPPA Montant : 50 000 €</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet Prédica, volet accompagnement de la personne âgée à domicile Porteur : Institut Charles Delaunay – Université technologique de Troyes Montant : 89 416 €</li> <li>• Évaluation des effets de l'atelier de contes auprès des personnes</li> </ul>

atteintes de la maladie d'Alzheimer  
 Porteur : association Confluences  
 Montant : 90 000 €

- Essai clinique pour l'évaluation de trois thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer  
 Porteur : CHU Bordeaux  
 Montant : 121 000 €

---

**Autres actions de prévention**

---

Programme Bien vieillir  
 Montant : 3 M€

---

Partenariat INPES  
 Montant : 3,248 M€

---

**Les principales actions thématiques en direction des personnes handicapées, émergeant à la sous-section V-b ( 10 M€)**

**Au titre de « la connaissance de la situation des personnes »**

**Travaux prévus**

**Actions engagées**

---

A Participation à l'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID) santé 2008

• Participation à l'enquête Handicap Santé  
 Montant : 408 797 € (PA-PH)

---

B Élaboration de référentiels de bonne orientation des personnes handicapées adultes nécessitant un accueil en foyer de vie, en FAM et en MAS

---

C Définition des critères d'évaluation et des référentiels d'accompagnement des personnes handicapées psychiques.

• Appel d'offres évaluation du handicap psychique  
 Partenaires : DGAS-DGS  
 Montant : 394 200 €

• Expérimentation prospective visant à formaliser, via un outil, les modalités de l'évaluation et compensation du handicap psychique  
 Porteur : association Galaxie  
 Montant : 230 000 €

---

D Des études épidémiologiques pourraient aussi être conduites afin de

Appel à projets IRESP  
 voir page 29

mieux connaître les populations en situation de dépendance, avec peut-être la mise en place de cohortes

Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construction des plans personnalisés de compensation Porteur : ODAS Montant : 25 000 €</li> <li>• Dispositif d'aide à la formulation et à la mise en œuvre des projets de vie Porteur : GEIST 21/MDPH 63 Montant : en cours de définition</li> <li>• Évaluation pratique de l'utilisation du GEVA Porteur : CREAM Basse Normandie Montant : 20 000 €</li> <li>• Soutien aux MDPH qui testent le GEVA MDPH : 06, 31, 34, 44, 86 Montant : 30 000 €</li> <li>• Les pratiques et la fonction d'évaluation : une étude des organisations et des représentations Porteur : appel d'offres en cours Montant : à définir</li> <li>• Étude prospective pour la recherche sur l'infirmité motrice cérébrale Porteur : La Fondation Motrice Montant : 120 000 €</li> </ul>
--------	---

**Au titre de « l'anticipation des problématiques émergentes »**

Travaux prévus	Actions engagées
A Recherche-action dans quelques départements visant à améliorer, au sein des MDPH, le suivi de l'insertion professionnelle précoce des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet Record Porteur : Comète France Montant : 250 000 €</li> <li>• Expérimentation de modes de collaboration entre les MDPH et l'AGEFIPH Porteur : AGEFIPH Montant : 52 000 €</li> </ul>
B Faciliter l'accès des personnes handicapées aux nouvelles technologies (modalités d'organisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude prospective sur le développement des nouvelles technologies pour la santé et l'autonomie Porteur : Agence nationale de la recherche Montant : 90 000 € (PA-PH)</li> </ul>

c L'accès aux soins primaires des personnes handicapées, tant à domicile qu'en institution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appel à projets avec la HAS voir page 29</li> <li>• Convention avec l'INPES voir page 31</li> </ul>
Autres travaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche préventive de la problématique des personnes handicapées vieillissantes : méthodologie d'articulation des professionnels Porteur : CID Montant : 5 000 €</li> <li>• Aide diversifiée en faveur des femmes aveugles dans leur accession à la maternité Porteur : Phymentin/IPP Montant : 50 000 €</li> <li>• Modélisation de structures pour IMC permettant l'accès à la vie autonome Porteur : Passeraile-APETREIMC Montant : 75 000 €</li> </ul>
<b>Au titre de « la connaissance et l'évaluation des aides techniques et de leurs marchés »</b>	
Travaux prévus	Actions engagées
A Étude de la mise en place d'une « fonction régionale CICAT », sous la forme de réseaux régionaux, liés par convention avec les MDPH de chaque région considérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet des CICAT régionaux Porteur : FENCICAT Montant : 223 400 € – PA-PH</li> </ul>
Autres travaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus d'audition publique « acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quel processus ? » Porteur : AFM Montant : 40 000 € – PA-PH</li> <li>• Appel à projet ANR TecSan 2007 Porteur : ANR Montant : 1 M€</li> <li>• Métabase Prestataire : Sodi France Montant : 344 623 €</li> <li>• Exploitation des données SVA-MDPH (base de La Rochelle) Porteur : CRAVA-CICAT Montant : 48 705 €</li> </ul>

- Renforcement de la base Handicat  
Porteur : HACAVIE  
Montant : 65 000 €
  - ECOVIP (visiophonie)  
Porteur : Conseil général de l'Isère  
Montant : 45 000 € (personnes âgées)
  - Mise en place d'un démonstrateur de télésanté  
Porteur : MEDeTIC  
Montant : 50 000 € (personnes âgées)
  - Refonte et mise en accessibilité de la base  
Porteur : Fondation Garches  
Montant : 74 000 €
  - Étude de faisabilité et expérimentation d'une action à destination des personnels de MDPH du Centre de ressources mobilité et handicap (CEREMH)  
Porteur : MOV'EO  
Montant : en cours de définition
- 

#### Autres opérations

---

Opération « sport et handicap » (emplois STAPS)

Porteur : CNASEA

Montant : 7,183 M€ (2006-2007)

---

Étudiants handicapés

Porteur : Éducation nationale

Montant : 2,5 M€ (2006) – 400 000 € (2007)

---

Étude de faisabilité d'une journée de sensibilisation sur la perte d'autonomie

Porteur : Agevillage

Montant : 10 000 € (PA-PH)

---

Soutien à un projet d'information sur les MDPH par la radio Vivre FM

Porteur : ANPHI

Montant : 20 000 €

---

Organisation d'États généraux locaux du handicap

Porteur : Conseil national Handicap

Montant : 40 000 €

---



---

Journée changement de regard

Porteur : AFM

Montant : 100 000 €

---

### **Bourses de recherche**

---

Programme CNAV-Flare : comparaisons européennes dans le domaine de la perte d'autonomie

Porteurs : 3 équipes de recherche pour le financement de 3 post-doc

Montant : 450 000 €

---

### **Financement de colloques scientifiques**

---

Cycle de conférence « Économie de la santé et vieillissement »

Porteur : CES

Montant : 14 000 €

---

Symposium franco-israélien : le défi du vieillissement, une perspective trans-nationale »

Porteur : Université Paul Sabatier/Toulouse III

(Professeur Alain Grand/Unité INSERM 558)

Montant : 3000 €

---

Journées d'étude « L'âge et le pouvoir »

Porteur : REIACTIS

Montant : 12 000 €

---