

DOSSIER BIENTRAITANCE

De la qualité des accompagnements

La qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées implique un niveau de professionnalisation des personnels mobilisés satisfaisant. Le soutien que la CNSA vient d'accorder au programme Mobiquial (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles), élaboré par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), contribue à cet objectif : il s'agit de développer la qualité de la prise en charge des personnes, en établissements médico-sociaux ou à domicile, en participant à la diffusion de nouvelles démarches auprès des professionnels.



© Dicom-DEACG Jean-Philippe Somme.

Signature de la convention le 29 septembre 2010 : Nora Berra, secrétaire d'État chargée des Aînés, Laurent Vachey, directeur de la CNSA, Dr Jean-Pierre Aquino, président de la Société française de gériatrie et de gérontologie, Dr Geneviève Ruault, responsable du programme Mobiquial, et Sébastien Doutreligne, coordonnateur national du programme.

Le programme Mobiquial est une action nationale dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin. Il concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements de santé, ainsi que les services intervenant au domicile. Les différentes thématiques de ce programme auxquelles adhère la CNSA sont – parmi d'autres – la **bienveillance, la douleur, la dépression, les soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer et les risques infectieux**, ainsi que – prochainement – la nutrition. Un comité de pilotage national s'est d'ailleurs constitué autour de la SFGG, des sociétés savantes et de la CNSA ; il réunit les directions centrales de l'État, des experts et les représentants des fédérations, unions et associations d'établissements et de services concernés. Son souci est de continuer de déployer le programme Mobiquial, de structurer son

SOMMAIRE

SROMS PAGE 3

Une première version du guide méthodologique

INTERVIEW PAGE 4

Yves Daudigny, sénateur, président du Conseil général de l'Aisne

ALZHEIMER PAGE 5

Les MAIA se déploient

FONCTIONNEMENT PAGE 6

Le budget approche les 20 milliards d'euros

INTERNATIONAL PAGE 7

Échanges d'idées et d'expériences

TERRITOIRE PAGE 8

Ouverture de la MPH de Mayotte



SUITE DOSSIER

Un exemple de contenu : la trousse de bientraitance

Construite pour être un outil de réflexion institutionnel sur la base de situations concrètes, elle est dotée d'un accompagnement méthodologique et d'outils d'évaluation. Les outils permettent de débattre sur des problématiques spécifiques à l'établissement ou au service, à partir d'un temps commun réunissant tous les acteurs (directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé, personnel soignant et hôtelier), et engager une démarche d'amélioration des pratiques de bientraitance avec l'organisation de rendez-vous réguliers et une évaluation.

Son contenu

- Une plaquette de référence expliquant la démarche.
- Un DVD comprenant : un film de 40 mn – 24 heures de la vie d'un EHPAD, séquencé suivant les principaux moments rythmant la journée ; des interviews – *Paroles de terrain* et des séquences spécifiques : *Une toilette*, *Un trouble du comportement*.
- Des documents imprimables et en particulier les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM relatives à la bientraitance ; un guide de l'animateur et de questionnement éthique qui accompagne le DVD.
- Une boîte à idées.

Liste non exhaustive des fédérations gestionnaires d'établissements et services impliquées dans la démarche Mobiquat : UNIOPSS, FEHAP, FHF, UNA, ADMR, FNAQPA, SYNERPA, Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité, Croix rouge française, Groupe Korian, Groupe Emera...

développement, qui a commencé en 2007 à l'initiative de la Direction générale de la santé, tout en s'assurant de la compétence des relais et du cadre d'utilisation, et de constituer les groupes sur les nouvelles thématiques.

De l'établissement au domicile

Dans cette période où les agences régionales de santé construisent leur premier schéma régional d'organisation médico-sociale (*SROMS – voir article page 3*), Mobiquat met à leur disposition un instrument améliorant la qualité du service rendu en établissements et services, en encourageant les gestionnaires de structures à s'en emparer. C'est aussi parce que ces outils rejoignent nettement les bonnes pratiques professionnelles attachées à la mise en œuvre des différents plans nationaux (Soins palliatifs, Alzheimer 2008-2012, Lutte contre la maltraitance...) dans laquelle elle est impliquée et que ces bonnes pratiques suivent les recommandations de l'ANESM, que la CNSA a choisi de peser dans la démarche. Enfin, Mobiquat met l'accent sur les actions de professionnalisation, en complément d'autres actions de soutien aux formations qualifiantes financées par la Caisse. Il enrichit, notamment, les thématiques proposées au secteur de l'aide à domicile (les soins palliatifs...). Ce développement rejoint les préoccupations de la CNSA de s'adapter au souhait des personnes en perte d'autonomie de rester à domicile et d'améliorer la qualification des intervenants du secteur.

Près de 5 M€ sur trois ans

La CNSA consacrera 4 789 811 € à la diffusion des outils Mobiquat dans le

cadre d'une convention de partenariat visant à doter les établissements et les professionnels de kits de formation pour soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, signée en septembre dernier par la secrétaire d'État en charge des Aînés, le directeur de la Caisse nationale pour l'autonomie, et Jean-Pierre Aquino, président de la Société française de gériatrie et de gérontologie. D'ici 2012, 31 000 outils de formation, sous forme de kits pratiques, seront remis gratuitement aux établissements mais aussi aux professionnels intervenant à domicile ; à charge pour eux de s'engager, par la signature d'une charte, à une diffusion appropriée auprès de leurs équipes puis de remplir un questionnaire d'évaluation (par les personnes elles-mêmes, les personnels, les familles...) sur le contenu et son application. Ce retour d'information, permet de faire évoluer l'outil et de mieux profiler ceux qui sont en cours de conception.

Contact : mobiquat@sfgg.org

Les sociétés savantes participant à l'élaboration des outils

La SFGG, la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), la SFETD (Société française d'évaluation et de traitement de la douleur), la FFP (Fédération française de psychiatrie), la SPLF (Société de psycho-gériatrie de langue française), la FFAMCO (Fédération française des associations de médecins coordonnateurs) et le CPGF (Collège professionnel des gériatres français).

PLAN D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2010

La CNSA répartit entre les ARS les financements pour le secteur des personnes handicapées

La Caisse vient de notifier aux agences régionales de santé (ARS), sur la base de leurs propositions, l'enveloppe dont elles disposeront pour participer au financement des travaux d'investissement immobilier dans les établissements

médico-sociaux pour personnes handicapées de leur territoire : création de places, modernisation des locaux, mise aux normes techniques et de sécurité.

Sur les 30 M€ prévus dans le volet « personnes handicapées » du plan d'aide à l'invest-

tissement 2010, plus de 27 M€ ont été répartis entre vingt-deux régions.

▶ Trente-deux opérations de travaux concerneront des maisons d'accueil spécialisé (MAS) et des foyers d'accueil médicalisés

(FAM) destinés aux adultes handicapés. Ces établissements sont prioritaires, car ils répondent à deux besoins : créer de nouvelles places pour les jeunes adultes actuellement maintenus dans des établissements pour enfants faute de place dans les établissements pour adultes ; et prendre en compte l'allongement de la vie des enfants et des adultes plus lourdement handicapés, nécessitant un accompagnement spécifique.

► Seize opérations concernent des instituts médico-éducatifs (IME) et des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillant des enfants handicapés. Les travaux financés seront majoritairement des reconstructions ou des restructurations d'établissements facilement accessibles pour les enfants.

Les ARS peuvent désormais autoriser les maîtres d'ouvrage à engager les travaux,

dont le montant total, par effet de levier, s'élèvera à plus de 229 M€.

La répartition des 121 M€ destinés aux travaux d'investissement dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées sera communiquée aux ARS d'ici fin décembre 2010, ainsi qu'un complément de financements pour le secteur des personnes handicapées. ■

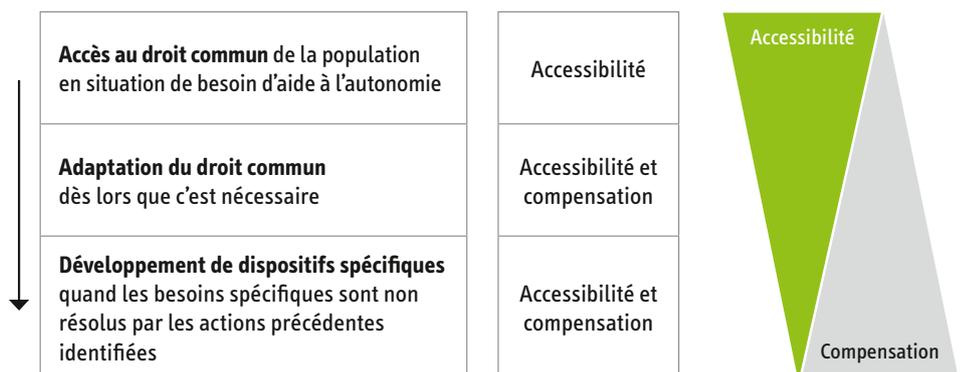
SROMS

Une première version du guide méthodologique

Le Secrétariat général des ministères sociaux, la Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA diffusent aux agences régionales de santé, aux présidents de conseil général et aux membres du Conseil de la CNSA, la première version du *Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale* validée par le Conseil national de pilotage des ARS du 5 novembre dernier. Ce document est conçu pour accompagner les ARS dans la construction de leurs premiers SROMS dans le cadre du projet régional de santé. Ce document porte au cœur de l'organisation de la santé en région, dans l'élaboration du projet régional, les fondements de l'action médico-sociale : un égal accès de tous aux droits fondamentaux ; une approche multidimensionnelle de la personne (parcours de vie, type de handicap, périodes à risques et aussi dépistage, orientation, suivi, hébergement, domicile...), ainsi que le principe de l'approche par la subsidiarité « droit commun – adaptation du droit commun – dispositifs spécifiques » qui sont propres au champ médico-social (voir schéma ci-contre). Le guide comporte des éléments de cadrage nationaux, des principes méthodologiques et des contenus opérationnels. Il porte notamment sur des actions à forte transversalité avec d'autres activités et acteurs : les politiques sociales, les politiques de soins ; transversalités,

aussi, entre domaines stratégiques en santé, de la prévention à l'accompagnement. Elles sont d'autant plus difficiles à organiser qu'elles s'inscrivent dans la durée. Le contenu de ce guide est évolutif : les versions successives s'enrichiront des travaux menés en région ; il sera notamment approfondi sur les transversalités entre les secteurs du champ de compétence des ARS (les travaux sont en cours avec la DGS, la DGOS et la DGCS sur la santé mentale et les addictions). L'appropriation de ce guide

par les ARS fera l'objet d'un accompagnement national : avec la réalisation de fiches « questions et repères » complémentaires ; la réalisation d'un document de synthèse du guide méthodologique ; l'organisation de travaux thématiques, à la demande des ARS [...]. Enfin, les trois schémas – dont le SROMS – qui constituent le PRS seront adoptés dans les régions en septembre 2011. Ils constitueront les éléments de doctrine nationale. L'ensemble du projet régional de santé sera adopté fin 2011. ■



Appliqué, par exemple, à la scolarité de l'enfant porteur d'un handicap, cela nécessite de développer une analyse en vue d'une évolution des organisations.

Accès au droit commun : l'amélioration du taux de scolarisation quel que soit l'âge ou l'origine du handicap.

Adaptation du droit commun : le développement de l'accompagnement par les auxiliaires de vie scolaire.

Dispositifs spécifiques : l'accompagnement en institution dès lors que nécessaire en complément de la scolarisation en milieu ordinaire.



Interview

YVES DAUDIGNY,

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

“ *Les conseils généraux sont les chefs de file de ce dossier de la perte d'autonomie* ”

L'Assemblée des départements de France, que vous représentez au sein du Conseil de la CNSA, demandait que le budget de la Caisse abonde de 135 millions d'euros les contributions aux conseils généraux pour les prestations de compensation (APA – PCH) ; la loi de finances rectificative 2010 vient d'attribuer 150 millions d'euros (dont 75 prélevés sur les réserves de la CNSA) à un fonds de soutien des départements pour faire face à la montée en charge de leurs dépenses sociales, RSA inclus. Que pensez-vous de cette réponse du Gouvernement à la demande des conseils généraux ?

Cette réponse n'est à la hauteur ni de nos attentes ni de nos difficultés. D'abord, le compte n'y est pas. Sur la seule année 2010, le reste à charge supporté par les départements pour le versement des trois allocations APA, PCH, RSA n'est pas de 150 millions d'euros mais de 5,3 milliards d'euros ! Dans un premier temps, les départements se sont félicités de la création de ce fonds exceptionnel, mais ni l'abondement prévu, ni les clés de répartition ne sont acceptables. La moitié de ce fonds de soutien provient des excédents de la CNSA, qui seront alloués aux seuls dix départements les plus en difficulté. L'Assemblée des

départements de France estime que les clés de répartition de ce fonds entre les départements devraient être plus équitables. Un amendement a été présenté dans ce sens lors de l'examen de l'article 22 du projet de loi de finances mais il a été rejeté. Force est de constater que ce fonds, dans sa forme et son montant, ne résoud pas les difficultés financières de nos départements : nous devons faire face à des dépenses sociales croissantes, fixées par la loi, et qui, parce qu'elles ne sont pas compensées par l'État, nous conduisent à un véritable étranglement financier.

Les travaux sur la création d'un « 5^e risque » de perte d'autonomie vont se dérouler au premier semestre 2011. Qu'en attendez-vous pour les conseils généraux ? Quel rôle voulez-vous voir jouer la CNSA dans le dispositif qui en découlera ?

La réforme de la dépendance est indispensable, aujourd'hui sa prise en charge pèse lourdement sur les budgets départementaux, ce qui n'est plus supportable. Nous l'avons déclaré solennellement et dénoncé unanimement lors du dernier congrès de l'Assemblée des départements de France. À titre personnel, les préconisations du rapport

Rosso-Debord m'inquiètent, notamment le recours à l'assurance privée. Je considère en effet que la perte d'autonomie relève bien de la solidarité nationale. Les conseils généraux sont les chefs de file de ce dossier de la perte d'autonomie. Ils doivent être porteurs de pistes d'action sur cet enjeu sociétal. Aussi, nous entendons avoir toute notre place dans la discussion sur ce projet et la tenir. L'ADF vient d'annoncer la création d'assises sur la perte d'autonomie afin que les conseils généraux élaborent leurs propositions sur ce projet lancé par le Gouvernement.

L'ARS de Picardie a identifié cinq territoires de santé ; l'Aisne, votre département, est partagé en deux territoires de santé : le nord, associé à la Haute Somme, et le sud, territoire à part entière. Comment se déroule votre collaboration avec l'agence ?
Face au poids de cette nouvelle structure aux compétences élargies, nous sommes attentifs à ce que les projets et missions du conseil général soient respectés et pris en compte. Les débuts sont rassurants. Il y a eu concertation avec l'ARS de Picardie sur la définition des territoires de santé et les premières procédures se mettent en place dans un climat de travail et de dialogue. ■

Retrouvez la lettre sous son format électronique.

Inscrivez-vous pour la recevoir par e-mail à chaque parution.
www.lalettre.cnsa.fr

Les MAIA se déploient en 2011



Au terme de près de deux années d'expérimentation sur dix-sept sites pilotes, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), définies dans le plan Alzheimer 2008-2012, vont se déployer sur quarante nouveaux sites en 2011.

Leur financement par le ministère de la Santé et par la CNSA a été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ce nouveau dispositif d'action médico-social devrait couvrir l'ensemble du territoire dès 2014.

La mesure n° 4 du plan Alzheimer, qui a créé les MAIA, est suivie par un comité national composé de nombreux partenaires : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Mission nationale de pilotage du plan Alzheimer, Assemblée des départements de France (ADF), Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), Association France-Alzheimer, représentants des professionnels de santé libéraux, Fondation Médéric-Alzheimer et CNSA.

Le financement des expérimentations est assuré par la CNSA et par l'État. La Caisse finance et accueille l'équipe projet nationale, composée de quatre personnes, qui pilote les expérimentations. Par ailleurs, deux experts rémunérés par la Direction générale de la santé sont chargés de l'évaluation de ces expérimentations.

Des coordonnateurs gestionnaires de cas

Travailleurs sociaux ou professionnels paramédicaux, les « gestionnaires de cas » interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants. Soixante emplois de ce type ont été créés dans les MAIA expérimentales, le plan Alzheimer prévoyant de porter leur nombre à mille d'ici à 2012.

Ces professionnels sont les équivalents français des « case managers » anglo-saxons ou coordonnateurs de santé en gériatrie ; leur expertise est pluridisciplinaire. Leur mission est d'intervenir dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle.

Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il

suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrit chacun des professionnels. Il planifie le recours aux services adéquats et effectue les démarches pour l'admission des personnes en établissement ou service médico-social.

Dans le budget primitif de la CNSA pour 2011 :

le financement de trente-cinq nouvelles maisons pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) sur les quarante prévues et de cent cinq gestionnaires de cas supplémentaires est inscrit pour un montant maximum de 12,2 millions d'euros en année pleine, qui s'ajoute aux crédits assurant le fonctionnement des dix-sept sites expérimentaux, d'un montant de 5 millions d'euros.

Ainsi, à partir de l'évaluation qu'il a effectuée, le gestionnaire de cas peut mobiliser une équipe d'évaluation complémentaire (service du conseil général chargé de l'APA, caisses de retraite...). Il peut aussi, sur la base d'un protocole d'accord, favoriser une seule procédure valable pour l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne ainsi que pour l'allocation de ressource et la construction du plan de services...

Assurant le suivi individualisé de la personne, le gestionnaire de cas doit réévaluer régulièrement la pertinence du plan de services mis en place. Ce travail intensif limite à quarante le nombre de situations de personnes simultanément suivies. En juin dernier, huit cent cinquante malades et leurs proches avaient bénéficié des compétences d'un gestionnaire de cas.

Des objectifs

Les pilotes des sites expérimentaux MAIA sont réunis chaque trimestre par l'équipe projet nationale. Les objectifs de ces responsables locaux, pour certains déjà réalisés, sont d'échanger régulièrement entre eux et entre tous les prestataires de soins et services, d'assurer l'articulation territoriale, afin que tout usager reçoive la même information ou le même service, quel que soit son lieu de vie ; de diminuer le nombre d'évaluations des besoins des personnes ; et de développer les passerelles entre les partenaires ; de développer ensemble des outils professionnels partagés – charte, conventions, fiches navettes, procédures communes, recueil de bonnes pratiques.

Des appels à candidatures par les ARS en 2011

L'année qui vient permettra de définir, à partir des MAIA expérimentales, les modalités d'un financement durable et de construire les instruments juridiques et financiers de leur généralisation et de leur pérennisation.

La phase de généralisation fera intervenir de nouveaux opérateurs locaux : les agences régionales de santé installées depuis avril 2010.

Les ARS seront chargées de lancer dans chaque région des appels à candidatures sur la base d'un cahier des charges élaboré au niveau national. Ce document fait l'objet d'une consultation préalable auprès des représentants des départements (ADF, ANDASS) afin d'envisager les modalités de collaboration possible entre les ARS et les conseils généraux pour ces appels à candidatures.

Ainsi, l'équipe projet nationale travaille d'ores et déjà étroitement avec les référents Alzheimer de chaque ARS. Un premier séminaire s'est tenu en décembre. Au cours de l'année 2011, en prémices de leur généralisation, une nouvelle MAIA au moins sera créée dans chaque région. ■

FONCTIONNEMENT

Le budget 2011 approche les 20 milliards d'euros

Le Conseil de la CNSA s'est réuni le 19 octobre 2010 pour voter le budget 2011 de la Caisse. Après débat, il a été approuvé par quarante-six voix pour, vingt-six contre et deux abstentions. Établi à 19,752 milliards d'euros, il est en croissance de 3,57 % par rapport au budget rectifié de 2010 (19,070 milliards d'euros).

Il est composé :

- à 81 % de crédits de l'assurance maladie. L'Ondam médico-social s'élève à 15,812 milliards d'euros répartis entre le public des personnes handicapées (8,224 milliards d'euros) et celui des personnes âgées (7,588 milliards d'euros) ;
- à 12 % de recettes issues de la journée de solidarité. Les prévisions de recettes de contribution solidarité autonomie (CSA) s'élèvent à 2,318 milliards d'euros ;
- à 6 % de recettes issues de la contribution sociale généralisée (CSG), soit 1,145 milliard d'euros ;
- de 253 millions d'euros pour le financement des plans d'aide à la modernisation ou à l'investissement dans les établissements médico-sociaux 2006-2010 ;
- de 141 millions d'euros, issus des excédents des exercices antérieurs, affectés à la construction de l'objectif global des dépenses (OGD)⁽¹⁾ 2011.

La croissance de ce budget prévisionnel 2011 s'explique par les progressions de l'Ondam médico-social (+ 3,8 % par rapport à celui de 2010), de la contribution solidarité autonomie (+ 2,9 % par rapport au budget rectifié de 2010) et de la contribution sociale généralisée (+ 2,7 % par rapport au budget rectifié de 2010).

Le budget prévisionnel 2011 présente les caractéristiques suivantes :

- l'augmentation de 4,5 % de l'OGD. 17,106 milliards d'euros financeront les dépenses de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, dont 8,582 milliards d'euros pour ceux accueillant les personnes âgées et 8,524 mil-

liards d'euros pour ceux accueillant les personnes handicapées ;

- le financement, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, de trente-cinq nouvelles maisons pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et de cent cinq gestionnaires de cas supplémentaires, pour un montant de 12,2 millions d'euros ;
- la poursuite de l'accompagnement des dix-sept sites MAIA expérimentaux pour un montant de 5 millions d'euros ;
- la progression en montant des concours versés aux départements pour les dépenses sociales : 1,607 milliard d'euros financeront l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une augmentation de 3,7 % par rapport au budget rectifié de 2010, et 522,2 millions d'euros financeront la prestation de compensation du handicap (PCH), soit une augmentation de 3,1 % par rapport au budget rectifié de 2010.

Toutefois, ces augmentations budgétaires ne compensent pas totalement la dynamique des dépenses de prestations sociales auxquelles les départements doivent faire face. Le taux de couverture de l'APA en 2011 est estimé à 29,3 % et celui de la PCH à 42 %. Ils seraient tous les deux en baisse par rapport à 2010 (- 0,6 point pour l'APA, - 5 points pour la PCH) ;

- 60 millions d'euros dédiés, comme en 2009 et 2010, au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;
- une diminution des crédits destinés à la structuration et la modernisation de l'aide à domicile et à la professionnalisation des métiers de services. Cette section du budget bénéficiera d'une enveloppe de 69,1 millions d'euros, soit - 22,2 % par rapport au budget rectifié de 2010, qui prévoyait 10 millions d'euros pour la poursuite du plan Métiers, non confirmée à ce jour. La

baisse s'explique également par le transfert, approuvé par le Conseil, de 11 millions d'euros vers les concours APA versés aux départements ; un réajustement⁽²⁾ possible, sans peser sur les projets de modernisation des services d'aide à domicile, compte tenu des prévisions de dépenses en matière d'aide à domicile en 2011 ;

- un programme de recherche, d'études et de valorisation des actions innovantes concernant le handicap et la perte d'autonomie doté de 20 millions d'euros, comme en 2010 ;
- un plan d'aide à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux 2011 non budgété en octobre. Il pourra l'être lors du prochain Conseil, en fonction des réserves disponibles constatées à la fin de l'exercice comptable 2010. (*)

Le budget 2011 est construit en déficit (145,5 millions d'euros), déficit qui sera entièrement financé par la mobilisation d'une partie des réserves de la CNSA.

(*) Le conseil extraordinaire de la CNSA qui se réunira au premier trimestre arbitrera aussi deux nouvelles données au budget rectificatif :

- les 93 M€ que la loi de financement de la sécurité sociale votée le 25 novembre 2010 alloue au plan d'aide à l'investissement médico-social ;
- les 75 M€ prévus par la loi rectificative des finances 2010 pour le fonds de soutien aux départements pour leurs dépenses d'aide sociale.

(1) L'OGD est la somme de l'ONDAM médico-social (crédits de l'assurance maladie consacrés à la perte d'autonomie, votés dans le cadre de la LFSS) et de l'apport de la CNSA sur ses ressources propres, pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

(2) Le réajustement est en fait une modification de la répartition du taux de CSG qui abonde la section IV-1 « promotion des actions innovantes et professionnalisation des métiers de services au bénéfice des personnes âgées ». Il passe de 6 % à 5 %, au bénéfice de la section II « allocation personnalisée d'autonomie », qui passe de 94 % à 95 %.

INTERNATIONAL

Échanges d'idées et d'expériences

Les problématiques propres à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ne se limitent pas à la réalité française. L'évaluation des besoins, la maîtrise des coûts de l'action publique pour l'autonomie ou encore les modalités de l'accompagnement constituent des questions qui se posent, en des termes souvent similaires, dans un grand nombre de pays. Des solutions sont-elles susceptibles d'émerger des échanges internationaux ?



Octobre 2008, Québec – mission de travail sur les aides techniques et sur l'organisation sanitaire et médico-sociale. De gauche à droite ; B. Descargues, E. Sylvain, V. San Vicente, de la CNSA ; S. Hervé, de la Fisaf, et G. Samson, consultante québécoise.

Dans cette perspective, la CNSA s'attache à développer son activité internationale, conformément à la mission de « coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet » confiée par l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

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

La CNSA participe à des événements rassemblant des représentants de pays souvent comparables à la France. Les témoignages mettent en lumière les solutions les plus efficaces et les écueils à éviter concernant l'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Grâce à ce mécanisme vertueux, la CNSA a pu envisager sous un angle nouveau plusieurs thèmes fondamentaux : les soins pour les personnes âgées dans un contexte de vieillissement de la population avec le sommet international organisé par *InterRAI* (Boston, novembre 2009), le concept central de Care lors de la dernière conférence annuelle de *Social Platform* (Bruxelles, novembre 2010) ou encore les moyens financiers et humains requis par les politiques pour l'autonomie grâce à une réunion d'experts organisée par l'OCDE (Paris, novembre 2010). La

CNSA a par ailleurs pu avoir un aperçu des enjeux liés au handicap et au vieillissement dans de nombreux pays, notamment ceux du Sud-Est asiatique, en prenant part à la conférence mondiale organisée par l'ICSW, l'IFSW et l'IASSW⁽¹⁾ en juin 2010, à Hong Kong. Enfin, la représentation de la CNSA à une conférence à la *London School of Economics and Political Science* en septembre dernier a permis de nouer un dialogue avec l'administration fédérale américaine et donc l'étude précoce de l'assurance publique, fédérale et facultative (programme CLASS – *Community Living Assistance Services and Supports*) qu'elle s'appête à mettre en place.

Encourager la naissance d'une réflexion internationale partagée

Pour stimuler les échanges internationaux sur les questions du handicap et de la perte d'autonomie et son impact, la CNSA veut y associer les acteurs de la protection sociale en France et les conseillers pour les affaires sociales des ambassades à Paris. C'est dans cette optique qu'elle a

organisé un cycle de séminaires internationaux sur ces thèmes en partenariat avec le Comité français pour l'action et le développement social (CFADS). Le plus récent a eu lieu en décembre 2010 autour d'une conférence intitulée « *Aidants professionnels et informels : équilibres et soutien mutuel. Trois exemples de politiques publiques : la France, les Pays-Bas et le Québec* ». En novembre, la Caisse a accueilli une conférence du Dr. Bernd Schulte (Institut Max Planck) relative à l'assurance dépendance allemande.

Enquêter sur le terrain à l'étranger

La CNSA a pour ambition d'étudier en profondeur les aspects réputés les plus performants des modèles étrangers, afin d'identifier les meilleures pratiques tout en dépassant les idées reçues. Ainsi, elle a participé à une mission centrée sur l'organisation médico-sociale et sanitaire au Québec en octobre 2008 et une autre sur les aides techniques et les nouvelles technologies au Japon en novembre 2008. La démarche est montée en puissance en 2010 : trois déplacements, en Suède en août, en Italie en novembre et en Allemagne en décembre, ont permis d'enquêter respectivement sur un schéma de développement réussi du maintien à domicile, une politique volontariste de scolarisation des enfants handicapés et un modèle d'assurance dépendance original et financièrement stable.

Cet engagement international montre que la CNSA est aussi un laboratoire d'idées. En ouvrant de nouveaux horizons aux politiques de l'aide à l'autonomie et en indiquant certains écueils à éviter, elle apporte, à l'heure d'une large concertation sur la création d'un nouveau champ de protection sociale, une expertise sur les expériences étrangères appelée à enrichir les débats.

(1) *International Council on Social Welfare, International Federation of Social, International Association of Schools of Social Work.*

TERRITOIRE

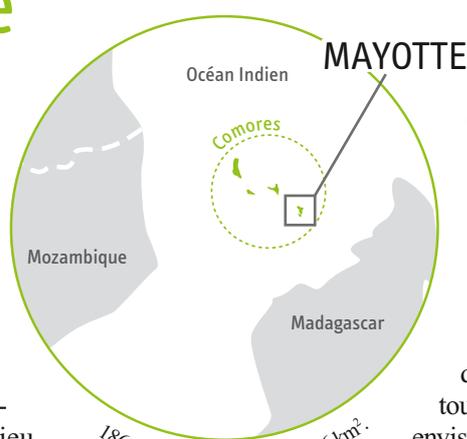
Ouverture de la maison des personnes handicapées de Mayotte

Dans le cadre du processus de départementalisation de Mayotte qui aboutira en mars 2011, cette collectivité de l'océan Indien a ouvert le 1^{er} octobre dernier sa maison des personnes handicapées. Destinée, comme ses homologues métropolitaines et des autres départements d'outre-mer, à offrir un lieu unique d'accueil, d'information et d'attribution de droits et prestations aux personnes handicapées de l'île, elle se met toutefois en place dans un contexte local et juridique différent.

Alors que les maisons départementales des personnes handicapées créées en 2005 avaient pris la suite des anciennes commissions (CDES pour les enfants et COTOREP pour les adultes) pilotées par l'État, tout est à construire à Mayotte.

Des prestations différentes

Le dispositif mis en place est proche de celui existant dans les autres départements. Plusieurs différences sont toutefois à relever entre cette structure mahoraise et les autres MDPH. Outre son statut juridique qui diffère de celui des MDPH (il s'agit d'un service commun entre l'État et le département et non d'un groupement d'intérêt public sous tutelle du conseil général de Mayotte), la commission des personnes handicapées ne dispose pas encore de la totalité des compétences des commissions



des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, les prestations existant à Mayotte étant différentes. Un état des lieux que doivent intégrer toutes les familles qui envisagent de s'installer dans l'île.

À ce titre, il faut souligner notamment qu'il n'existe pas de complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de prestation de compensation du handicap. Par ailleurs, les montants de l'allocation aux adultes handicapés (très inférieur ceux de métropole) et de l'AEEH ne sont pas les mêmes. Enfin, l'offre en établissements et services médico-sociaux est en construction. La CNSA s'est mobilisée en 2010 en notifiant une enveloppe spécifique de 1 million d'euros destinée à structurer, dans un premier temps, des services médico-sociaux accompagnant les enfants en situation de handicap. L'ouverture de la maison des personnes handicapées de Mayotte constitue donc une étape importante vers la mise en place d'une politique nouvelle en faveur des personnes handicapées. ■

Maison des personnes handicapées de Mayotte
BP 1060 – 97600 Mamoudzou – Kawéni.
Tél. : 0 269 62 96 20.

AGENDA

20 JANVIER: fin des ateliers sur l'hébergement temporaire conduits par la CNSA.

20 JANVIER: journée d'échanges de pratiques des coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire de MDPH.

EN MARS: journée d'échanges des référents pour l'insertion professionnelle des MDPH.

15 MARS: commission Finances du Conseil.

16 MARS: commissions Établissements et services et Aides à la personne du Conseil.

17 MARS: Conseil scientifique de la CNSA.

18 MARS: journée des correspondants scolarisation.

30-31 MARS: rencontres nationales des référents pour l'insertion professionnelle.

12 AVRIL: Conseil de la CNSA.

EN MAI: séminaire des directeurs de MDPH.

11 MAI: comité de suivi du plan d'action pour l'appropriation du GEVA.

17-19 MAI: la CNSA présente sur le salon Geront'expo Handicap'expo – Porte de Versailles, à Paris.

19 MAI: remise des prix d'architecture CNSA Lieux de vie collectifs & autonomie.

20 MAI: la CNSA participe à la session sur le thème de la santé des personnes en situation de handicap dans le cadre des journées de la prévention de l'INPES.

9 JUIN: journée d'échanges de pratiques des coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire de MDPH.

14 JUIN: commission Finances du Conseil.

15 JUIN: commissions Établissements et services et Aides à la personne du Conseil.

5 JUILLET: Conseil de la CNSA.