



JUILLET 2019

DÉMARCHE PROSPECTIVE DU CONSEIL DE LA CNSA

Chapitre 2 :
Chez-soi : l'approche domiciliaire

Direction de la publication : Virginie Magnant
Coordination : Florence Condroyer, Carole Jankowski, Jessie Magana et Caroline Selva
Conception graphique : Groupe Dan
Photos : Didier Gauducheau pour la CNSA, Fred di Girolamo.

www.cnsa.fr

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

Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens Cedex

Date de parution : septembre 2019

Dépôt légal : septembre 2019

JUILLET 2019

DÉMARCHE PROSPECTIVE DU CONSEIL DE LA CNSA

Chapitre 2 :

***Chez-soi* : l'approche domiciliaire**

Éditorial



Marie-Anne Montchamp,
présidente
du conseil de la CNSA

Il y a quinze ans, a été promulguée la **loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées** qui porte création de la CNSA.

Lors de sa réunion du 4 juillet 2019, le conseil a reçu la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn. La ministre a réaffirmé, devant les parties prenantes, la volonté du gouvernement de construire une loi ambitieuse en apportant une réponse attentive, renforcée et domiciliaire à nos concitoyens qui avancent en âge, à court, moyen et long terme.

Le conseil et les équipes de la CNSA ont apporté leur contribution au chantier Grand Âge dans le cadre de la mission confiée à Dominique Libault. Dans son rapport, ce dernier rappelle la volonté de nos concitoyens de rester libres de leurs choix et de vieillir dans ce « chez-soi » qui leur garantit l'expression de leur pleine et entière citoyenneté.

Le conseil a fait le choix le 13 février 2018, de lier ses chapitres prospectifs pour un programme de travail pluriannuel, en phase avec le calendrier des réformes et l'actualité des politiques pour l'autonomie. Trois axes ont été retenus par les parties prenantes pour 2018, 2019 et 2020 :

- Pour une société inclusive, ouverte à tous
- Chez-soi, l'approche domiciliaire
- Politique pour l'autonomie : quels financements ?

Ainsi, pour 2019 et en lien avec la contribution du conseil de la CNSA à la réforme Grand Âge, le chapitre prospectif se fixe d'appréhender les enjeux, les principes et les caractéristiques de la réponse domiciliaire à nos concitoyens qui font le choix du « chez-soi » quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Les membres du conseil se sont également attachés à identifier les conditions du « virage domiciliaire¹ » de nos réponses en protection sociale.

La question cruciale du soutien aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) fait l'objet, dans cette publication prospective, d'un développement particulier : la démarche décrite dans ces pages a été approuvée par les parties prenantes. Une déclaration d'engagement de l'Assemblée des départements de France (ADF) a affirmé son soutien et son adhésion à la démarche du conseil de la CNSA.

On trouvera également, dans ce deuxième chapitre, une contribution du conseil à la réflexion engagée sur la prestation de compensation du handicap (PCH) dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap (CNH). Ce développement spécifique prend tout son sens dans ce chapitre « Chez-soi, l'approche domiciliaire », car il exprime une nouvelle fois la conviction du conseil en ce qui concerne l'enjeu de la convergence des politiques de l'autonomie quel que soit l'âge ou la situation de handicap.

Le conseil de la CNSA prend part au débat de société sur l'évolution de notre système de protection sociale, initié par la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn dans sa feuille de route.

- Le conseil s'attache à apporter aux parties prenantes que sont d'abord les personnes elles-mêmes, leurs proches et leurs aidants, une méthode nouvelle de conception des réponses à leurs aspirations et leurs attentes, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé : par leur expression directe, par le recueil de leur expertise, par l'affirmation et l'effectivité de leurs droits et de leur pleine citoyenneté, partout dans nos territoires de métropole et d'outre-mer.
- Les membres du conseil sont particulièrement attentifs à ce que les professionnels de santé, de l'accompagnement social et médico-social, puissent apporter leur expertise du soin, du prendre soin, de l'accompagnement et de la vie sociale.

➤ Nos politiques de l'autonomie sont des politiques partagées. Les territoires de la République sont les lieux de la proximité et du quotidien de nos concitoyens. Ces territoires se caractérisent par des spécificités, des forces et des contraintes qui s'imposent à leurs habitants. Il en advient des inégalités tenaces et des complexités propres qui peuvent faire obstacle à l'égal accès au droit et à son effectivité partout dans notre pays. Nous devons questionner et renforcer nos capacités de pilotage de ces politiques partagées : État, agences régionales de santé (ARS), départements, intercommunalités, communes...

Les parties prenantes doivent s'unir pour répondre, au niveau territorial et national, aux enjeux de la transformation de la société française.

Décider de la fin d'un modèle n'a aucun sens si l'on n'identifie pas les transformations qu'il porte déjà, si l'on n'invite pas les promoteurs de ces voies nouvelles au dessin du modèle d'après en confondant transformation et rupture.

Le lecteur trouvera dans les travaux présentés dans ce deuxième chapitre prospectif, des repères principaux, des orientations, des propositions méthodologiques et des préconisations.

Nous nous sommes attachés en outre à produire des illustrations qui, nous l'espérons, guideront l'exploration de l'approche domiciliaire.

Enfin, comme vous pouvez le constater, nous avons, cette année encore, modifié nos options iconographiques. Grâce à la créativité des personnes qui ont bien voulu, par une production photographique originale, nous faire part de leur vision du « chez-soi », nous avons apporté des images inédites qui témoignent ce qui fait que l'endroit où l'on vit est bien un chez-soi.

Merci à chacun des photographes amateurs de nous avoir livré cette contribution sensible à nos travaux.

Puissions-nous, par cette édition du chapitre prospectif n° 2, inviter nos lecteurs à faire vivre l'approche domiciliaire, au cœur de notre système de protection sociale.

1. Agnès Buzyn, discours du 4 juillet 2019 devant le conseil de la CNSA.



Didier Gauducheu (Mme Françoise Germain et Mme Edwige Deschamps).

Regards objectifs

« Comment je me vois chez moi »

Le conseil de la CNSA a décidé de lier ses chapitres prospectifs 2018, 2019 et 2020 en retenant comme objet de sa démarche prospective l'enjeu d'une société inclusive, ouverte à tous.

Dès 2018, les options iconographiques habituelles ont été bousculées grâce à la générosité des artistes de l'association EgArt qui ont mis à disposition de la Caisse leurs œuvres pour illustrer le chapitre 1 de cette démarche.

En 2019, dans la continuité de ce parti pris iconographique, la CNSA a choisi de confier un appareil photo à des personnes âgées en perte d'autonomie, à des personnes handicapées et aux personnes qui les accompagnent, pour en illustrer le chapitre 2.

Comment je me vois chez moi ? Qu'est-ce qui est important pour que je me sente chez moi ? Qu'est-ce qui rend mon lieu de

vie, ma vie, agréables ? Une quarantaine de personnes – âgées ou en situation de handicap – ont eu carte blanche pour répondre à ces questions en images. Elles vivent en maison de retraite, en foyer d'accueil médicalisé, dans un appartement adapté, depuis quelques semaines ou des années, seules ou en couple...

Leur production, sans artifices ni filtre, enrichit le texte au fil des pages : un endroit tranquille pour fumer sa pipe, un balcon qui offre une vue sur son ancien appartement, une table pour offrir un café aux invités, le loisir de sortir boire un verre...

Guidés par des animateurs, certains ont tenu l'appareil, d'autres ont dirigé un autre résident ou un professionnel. Un photographe professionnel a également immortalisé quelques-uns de ces photographes d'un jour.

La CNSA remercie chaleureusement Siham Andahamou, Jordan Curin, Adel Dhu, Marina Hery et l'équipe de l'École de la vie autonome (Nancy) ; Alain Bezard, André Bryssinckx, Philippe Cochinaire, Jean-Michel Mehl et l'équipe du Centre de La Gabrielle (Claye-Souilly) ; Nabil Arfaoui, Catherine Pasquet, Tony Rodrigues, Maxime Schwartz, et l'équipe des Z'apparts (Savigny-sur-Orge) ; Danielle Abergel, Bertrand Allain, Julie Capdevielle, Bénédicte Layet, Aude et Pascal Thiel et l'équipe de la Résidence du Maine (Paris), M. Patrac, M. Valette, M. Guirande, Mme Carraud et l'équipe de l'EHPAD Louis Fonoll (Nissan-Lez-Enserune) ; Agnès Ade, Albert Bouille, Yvonne Speziani et l'équipe du Village des Aubépins (Maromme) ; Jean-Pascal Doinet, Alice Guerillot, M. Ramtohl, M. Renard, Mme et M. Stefel et l'équipe de l'EHPAD Alquier-Debrousse (Paris), Régine Bussière, Françoise Germain, M. Petit, Daniel Mathieu, Louisette Wallez et l'équipe de l'EHPAD de Ligny-le-Châtel ; Raymond Defonte, Anne-Marie Lembre, Lucette Lelong, André Papin et l'équipe de la Résidence Le Rivage (Beuvry).

Elle remercie tout particulièrement Louis Jurine et Béatrice Picard bénéficiaires du SAPHMA (Paris) qui ont participé à la traduction de ce texte en facile à lire et à comprendre et au projet photographique.

Sommaire



<u>1.</u> Affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne	11
<u>2.</u> L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne doit être le fondement de l'évolution de nos politiques pour l'autonomie	21
<u>3.</u> Ériger le chez-soi comme principe structurant de la protection sociale	29
<u>4.</u> Chez-soi, une approche domiciliaire	39
<u>5.</u> Clarifier, affirmer et étendre la prestation de compensation du handicap	67
<u>6.</u> Quels besoins et quels modes de financement ?	79
<u>7.</u> Une méthode de transition	89
<u>8.</u> Action du conseil pour soutenir l'aide et l'accompagnement à domicile	95
<u>9.</u> Gouvernance	107
<u>10.</u> La CNSA : une réponse innovante pour nos concitoyens fragilisés par l'âge ou le handicap	125
<u>11.</u> Facile à lire et à comprendre : l'essentiel	131
Glossaire	142

1. Affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne

- | | |
|--|-----------|
| 1.1 Le citoyen aujourd'hui : libre, il aspire à une vie autonome, au bien-être, à la sécurité, à l'intimité, dans un environnement qui favorise confiance en soi et en l'avenir | 13 |
| 1.2 Un cadre normatif inadapté aux nouveaux enjeux du citoyen d'aujourd'hui | 14 |
| 1.3 Définir le cap et flexibiliser nos politiques autour d'une ambition partagée par tous : « le bien vivre chez soi » | 14 |
| 1.4 Le rôle d'un État moderne pour des réponses personnalisées qui donnent le droit / la capacité d'agir à chaque personne, seule ou dans un collectif, d'exprimer des valeurs, d'évoluer et de se rétablir | 15 |
| 1.5 Des fonctions agenciées, à chaque niveau, pour soutenir et développer les méthodes partenariales, pour veiller à la liberté et à la pluralité de choix | 16 |
| 1.6 Les politiques pour l'autonomie : soutien de la personne et laboratoire d'une nouvelle expression de la citoyenneté | 17 |

1. Affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne

Dans son étude annuelle 2018¹, « La citoyenneté. Être (un) citoyen aujourd'hui », le Conseil d'État analyse l'ensemble des ressorts contemporains de la citoyenneté.

L'étude souligne au-delà des dimensions juridiques et institutionnelles, les évolutions du statut du citoyen, ébranlé par la crise de confiance dont souffre le système représentatif, par la persistance d'inégalités et par une perception brouillée des devoirs inhérents à la vie civique.

« Si la citoyenneté n'est pas le vestige d'un passé révolu et idéalisé, elle n'est pas non plus un acquis ni une utopie. Elle doit être, pour la République et l'ensemble des collectivités publiques françaises, une

ambition, un projet. Eu égard à notre histoire et à nos valeurs, ce projet ne peut être fondé que sur le triptyque républicain : Liberté, Égalité, Fraternité, cette dernière devant être l'égal des deux autres. La protection des libertés doit rester un objectif permanent, en particulier face aux menaces nouvelles que font peser certains fondamentalismes. L'égalité doit tout autant être au cœur des politiques publiques. Redonner confiance dans la capacité de la République à assurer l'égalité des chances est un préalable indispensable : la société des citoyens se construit (...) sur la lutte contre les inégalités sociales et la lutte contre les discriminations illégales ou inacceptables. »

Le citoyen, la personne

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne fonde nos politiques pour l'autonomie.

Le statut juridique de citoyen est un **statut de liberté**.

La personne, **citoyen augmenté d'une histoire propre qui appelle une reconnaissance sociale et sociétale, prend une place structurante dans notre système de protection sociale**. La personne est à l'origine même de la réponse en protection sociale.

La personne se définit par l'endroit où elle vit, son chez-soi, point d'appui pour sa conquête dans l'expression de ses choix.

La personne est un citoyen qui exprime une souveraineté de soi. Il devient irremplaçable et appelle des réponses personnalisées chez lui. Chaque personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de maladie dispose d'un « **droit à l'essai**² », **de la capacité d'évoluer, de se rétablir**. Chaque personne a la liberté de faire des choix et dispose d'un droit à l'erreur.

1. Septembre 2018. Bruno Lasserre, vice-président du Conseil d'État. Philippe Martin, Jean-Denis Combexelle, Jacques Arrighi de Casanova, Martine de Boisdeffre, Jean Gaeremynck, Didier Tabuteau, Sylvie Hubac, présidents de section, Catherine Bergeal, secrétaire générale du Conseil d'État. François Séners, président adjoint et rapporteur général de la section du rapport et des études.

2. Isaiah Berlin, *Four Essays on Liberty*, « John Stuart Mill and the ends of life », chapitre II, Oxford University Press, 1969.

1.1 Le citoyen aujourd'hui : libre, il aspire à une vie autonome, au bien-être, à la sécurité, à l'intimité, dans un environnement qui favorise confiance en soi et en l'avenir

Dans notre société, les individus expriment de nombreuses interrogations sur les concrétisations juridiques et institutionnelles des principes et des valeurs de la citoyenneté dans leur vie quotidienne. Ils souhaitent que la société prenne en compte leurs spécificités, leurs valeurs. Ils attendent des **réponses concrètes qui assurent leur bien-être, leur sécurité, leur liberté, leur dignité.** Ils entendent également pouvoir **envisager l'avenir sereinement et bénéficier des mêmes opportunités** quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de maladie, quel que soit leur niveau de vie et dans tous les territoires de la République. Ils demandent que ce **principe d'égalité entre tous sur tous les territoires** soit pris en compte et satisfait, en premier lieu pour leur santé, leur avancée en âge et pour leur vie en situation de handicap.

La toute récente publication *La France des valeurs*³ met en évidence une évolution des aspirations de nos concitoyens : « Le sentiment de bonheur est fortement lié au sentiment de contrôler sa vie. Plus on a le sentiment de maîtriser le déroulement de sa vie et de pouvoir choisir comment on l'oriente, plus on se sent heureux⁴. »

Les crises économiques, environnementales et sociales passées et actuelles ont parfois encouragé nos politiques publiques, comme celles des autres États membres de l'Union européenne, à se concentrer sur des problématiques économiques, sur la construction de réponses immédiates, et à limiter, par voie de conséquence, leur investissement dans des politiques sociales durables qui concourent au bien-être, à la qualité de vie de chaque citoyen.

Historiquement, en l'absence de **réponse concrète et durable** pour améliorer la vie quotidienne de chacun des citoyens qui avancent en âge, qui vivent en situation de handicap ou de maladie, de nouvelles réponses, à l'initiative des personnes elles-mêmes, de leurs familles, des aidants, des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des départements, des communes, des entreprises, etc, ont émergé dans les territoires.

Elles sont nées de la volonté des personnes de vivre bien « chez elles » en exprimant des valeurs à l'échelle du logement, du quartier, de la ville, du territoire, du bassin de vie, de l'intercommunalité, de la métropole, du département, de la région, de notre pays, de l'Union européenne. Elles souhaitent désormais habiter dans des espaces de **bien-être, de liberté, de sécurité, d'intimité, de confiance en soi et en l'avenir.**

L'enquête Valeurs⁵ met en évidence « une recherche grandissante d'autonomie, d'expression de soi et d'émancipation par rapport aux cadres sociaux traditionnels (Welzel, 2013). Certes cette individualisation des valeurs reste un acquis fragile dans la mesure où elle dépend des ressources matérielles et symboliques dont disposent les individus pour construire un rapport positif à eux-mêmes. »



Julie : « J'aime le contact avec les autres, recevoir des personnes et pour ceux qui ont la chance de me côtoyer davantage, j'offre des massages. »

3. Pierre Bréchon, Frédéric Gonther, Sandrine Astor, PUG, 2019. Elle s'appuie sur la dernière parution de l'enquête internationale de référence *European Values Study* réalisée en 1981, 1990, 1999, 2008 et 2018.

4. *Ibid.*, p. 70.

5. *Ibid.*, p. 370.

1.2 Un cadre normatif inadapté aux nouveaux enjeux du citoyen d'aujourd'hui

Cependant, ces dynamiques engagées dans les territoires pour répondre aux attentes des personnes se heurtent à la rigidité de notre modèle. Ce cadre normatif altère les capacités des parties prenantes à se transformer parce qu'il ne prend pas en compte leurs spécificités et leurs contraintes. La fragilité de nombreux territoires urbains, périphériques,

ruraux, d'outre-mer pèse lourd sur notre modèle de protection sociale. Il s'agit donc d'inscrire en cohérence et dans la durée, les investissements et les différentes dynamiques engagées par les parties prenantes dans les territoires tout en agissant efficacement pour réduire les disparités territoriales.

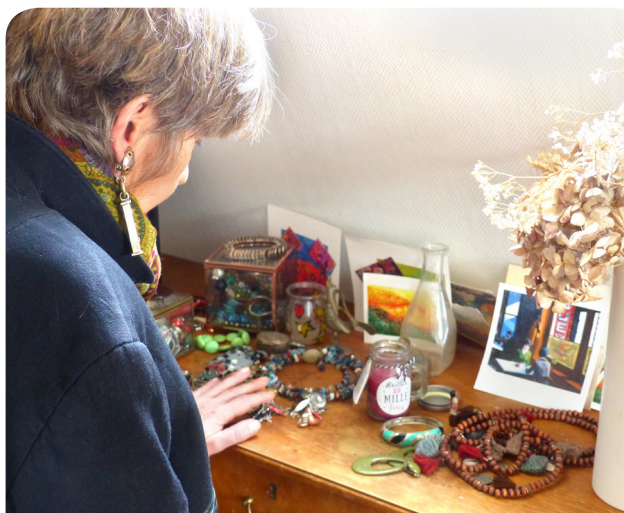
1.3 Définir le cap et flexibiliser nos politiques autour d'une ambition partagée par tous : « le bien vivre chez soi »

Ce sont donc nos politiques qui doivent s'adapter aux nouveaux enjeux de l'expression de la citoyenneté en investissant dans des stratégies intégrées, personnalisables, responsables, solidaires et durables qui devront irriguer les territoires.

Pour répondre aux nouvelles attentes du citoyen d'aujourd'hui, elles devront être fondées sur une ambition commune et soutenue par nos politiques de l'autonomie : **permettre à chaque personne quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de maladie, son lieu et niveau de vie, de vivre bien chez elle.**

Cette ambition est fortement émergente dans notre pays, comme le montrent de nombreuses études d'opinion, mais aussi au niveau européen.

Les stratégies de déploiement de ces politiques ne devront en aucun cas être considérées comme de nouveaux cadres normatifs : elles doivent être partagées, ascendantes, ouvertes et flexibles, adaptées aux diversités locales. Elles devront s'appuyer sur la reconnaissance, le renforcement du rôle et du soutien des parties prenantes de l'hyper-proximité que sont les communes, les agglomérations. Elles devront prendre en considération les compétences de chacune des parties prenantes des territoires, reconnaître et intégrer la place, les actions et le potentiel d'engagement financier et humain de chacune d'entre elles.



Bénédicte :

« Je me sens bien dans ma jolie chambre personnalisée avec mes meubles, mes posters et mes bijoux. Le matin, de bon entrain, je me maquille car je suis coquette, et je choisis avec goût les bijoux qui se marieront le mieux à mes tenues colorées. »

1.4 Le rôle d'un État moderne pour des réponses personnalisées — qui donnent le droit / la capacité d'agir à chaque personne, seule ou dans un collectif, d'exprimer des valeurs, d'évoluer et de se rétablir

C'est sur cette ambition promue et soutenue par nos politiques pour l'autonomie que l'État se doit d'évoluer, de se transformer, de se moderniser. L'émergence du vivre chez soi comme l'un des fondements de notre modèle de protection sociale interroge fortement l'État, qui doit désormais fournir des réponses donnant la capacité à la personne, seule ou collectivement, d'exprimer ses valeurs, d'évoluer, de se rétablir quel que soit le lieu où elle vit, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé.

Il s'agit dans le même temps de consacrer un droit à l'essai pour chaque citoyen, chaque acteur, qu'il agisse seul ou collectivement, tout en renforçant les modes de régulation et de contrôle par l'association des parties prenantes. Il ne s'agit plus de produire une offre normative et par essence contraignante, mais d'offrir toute la liberté, l'autonomie possible à la personne de bien vivre chez soi, libre et en sécurité, quelle que soit sa situation.



Jordan : « Pouvoir réaliser cette activité seul me permet de me sentir libre et autonome. Je n'ai besoin de personne, je peux me débrouiller seul et acheter ce que je veux. »



M. et Mme Stefel : « Ensemble, heureux à l'EHPAD ; nous vivons un joli bout de chemin, ensemble. »

1.5 Des fonctions agentielles, à chaque niveau, pour soutenir et développer les méthodes partenariales, pour veiller à la liberté et à la pluralité de choix

La modernisation de l'État invite au développement de fonctions agentielles agiles, flexibles et gouvernées par l'association des parties prenantes.

Ces fonctions agentielles ont pour vocation de soutenir et de développer les méthodes partenariales⁶ de construction des réponses entre les **parties prenantes** à l'échelle du logement, du quartier, de la ville, du territoire, du bassin de vie, de l'intercommunalité, de la métropole, du département, de la région et à assurer une animation⁷, un pilotage et une évaluation nationaux. Elles doivent être en mesure de mettre en œuvre avec, par et pour les parties prenantes, les transformations de nos réponses collectives aux personnes quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Leur fonctionnement s'articule à la responsabilité de tutelle des administrations centrales sans en être le prolongement ou l'instrument⁸.

Agiles et gouvernées par l'association des parties prenantes, les fonctions agentielles soutiennent l'émergence de modes d'évaluation et de contrôle des réponses par la personne elle-même, et veillent à la liberté et à la pluralité de ses choix selon ses préférences et aspirations, ses projets de vie, grâce à la pluralité des partenaires qui lui proposent et lui apportent des réponses.

6. « Elle anime et appuie, dans le cadre de démarches partenariales, les réseaux des acteurs locaux intervenant dans le domaine de l'aide à l'autonomie », Rapport 2018 de la Cour des comptes, p. 103.

7. Aux termes de l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi ASV, cette mission d'animation doit tendre à : permettre l'échange d'expériences et d'informations entre les départements ; diffuser les « bonnes pratiques » (...).

8. La Cour pointe dans son rapport 2018 (*op. cit.* p. 107) le risque de ce qui serait « une "tutelle" déguisée ».

1.6 Les politiques pour l'autonomie : soutien de la personne et — laboratoire d'une nouvelle expression de la citoyenneté

Parce qu'elles ont pour ambition de permettre l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne chez elle, partout, quelle que soit sa situation, nos politiques pour l'autonomie prennent en compte les nouveaux enjeux de la citoyenneté. Laboratoire du « bien vivre chez soi », elles offrent d'ores et déjà des principes structurants et des méthodes pour accompagner la transition de notre modèle de protection sociale qui donne la capacité à chaque personne, seule ou dans un collectif, d'exprimer des valeurs et **sa capacité à évoluer, à se rétablir.**

C'est pourquoi le conseil de la CNSA s'est attaché à définir, promouvoir et illustrer de manière non exhaustive ces principes, méthodes et outils innovants dans le présent chapitre prospectif « **Chez-soi : l'approche domiciliaire** ».



M. Papin : « La résidence me permet de conserver mon intimité et de recevoir mes filles qui viennent régulièrement me voir. Un des meilleurs moments de la journée pour moi. »

Alice Guérillot

Née en 1927 à Constantinople (Turquie), elle a passé toute son enfance dans le XX^e arrondissement de Paris avec ses parents, non loin de Vincennes.

Puis elle a vécu dans une famille anglaise pendant deux ans en Angleterre, vers l'âge de 25 ans. Cela lui a permis de travailler à l'office de tourisme de Paris avec une bonne maîtrise de l'anglais, puis de devenir secrétaire à l'OTAN (Organisation du traité de l'Atlantique nord) pendant plus de quarante ans. Elle vit depuis dans le XX^e à l'EHPAD Alquier-Debrousse.



“ *I love all the books !* ”

J'aime beaucoup ma chambre avec vue sur le jardin.
J'y prends le soleil avec un bon livre
(je lis en écoutant les oiseaux, ici il y en a plein !).
Les livres, les *books*, je les adore ! ”





2. L'affirmation de la pleine et — entière citoyenneté de la personne doit être le fondement de l'évolution de nos politiques pour l'autonomie

- 2.1** Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap **23**
- 2.2** Cette ambition impose de développer une acception de la protection sociale élargie à des domaines et des champs qui aujourd'hui relèvent d'autres politiques **24**
- 2.3** Pour un modèle de protection sociale, personnaliste, solidaire et territorialisé **24**
- 2.4** Le conseil de la CNSA appelle de ses vœux une loi d'orientation Autonomie – Grand Âge **25**

2.

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

À l'origine promue par les associations de personnes handicapées, l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne est fondatrice de nos politiques pour l'autonomie.

Quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, chaque personne doit, quel que soit le lieu où elle vit, quel que soit son niveau de vie :

- avoir la capacité d'exprimer sa citoyenneté ;
- bénéficier de droits officiellement partagés et reconnus ;
- exprimer ses choix à chaque instant de sa vie ;
- se voir reconnue dans sa participation à la vie sociale ;
- être écoutée et participer à la décision pour tout ce qui la concerne.

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

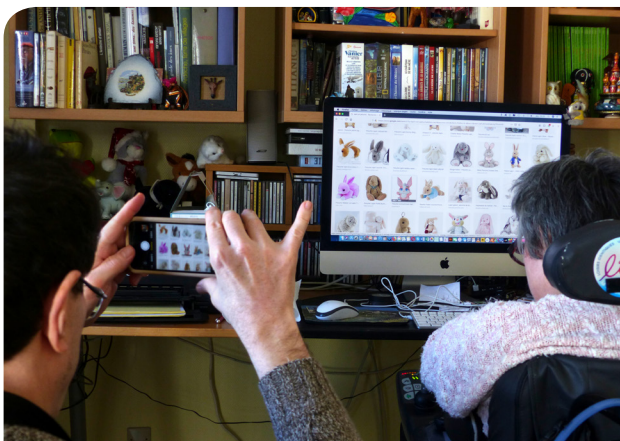
Il se traduit par l'émergence d'une **affirmation structurante : le droit à vivre chez soi quel que soit l'âge, la situation de santé ou de handicap, quel que soit le mode de vie, le lieu de vie, le niveau de vie.**

Le chez-soi détermine la capacité de la personne à vivre au cœur de la société.

Le droit à vivre chez soi reconnaît la situation de la personne telle qu'elle est, là où elle vit ; il est indissociable de l'expression de la citoyenneté.

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

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



Aude et Pascal :

« Nous nous sommes mariés il y a quelques années et nous vivons dans la même chambre. Depuis notre fenêtre, au loin, on aperçoit Montmartre. Avec notre ordinateur, on écoute de la musique, on organise nos prochaines vacances en Ardèche ou on cherche l'inspiration pour des cadeaux... »

2.1 Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap

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

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

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

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

L'âge de 60 ans est qualifié de barrière parce que, dans notre système de protection sociale, avant cet âge, les mesures d'accompagnement à l'autonomie relèvent de la PCH. Après 60 ans, la survenue d'un handicap est considérée comme une situation liée à l'âge de la personne. Son accompagnement pour l'autonomie relève de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les deux dispositifs sont hétérogènes et n'ouvrent pas les mêmes droits en matière d'attribution des prestations, de montants. Ils n'engagent pas au même niveau la participation financière des bénéficiaires.

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



Françoise Germain : « Le photographe (Didier Gauducheau) s'est trouvé devant la photographe. Je vois mon portrait. J'aime. »

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

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

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

Parallèlement, nos politiques de cohésion et de développement des territoires ne peuvent

ignorer qu’elles doivent bénéficier à tous nos concitoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

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

2.3 Pour un modèle de protection sociale, personnaliste, solidaire — et territorialisé

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

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

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

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

- par et pour la personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap, de santé, quel que soit le lieu où elle vit, seule légitime à exprimer ses attentes et à évaluer les solutions qu’on lui propose ;

- par et pour les parties prenantes des politiques de l’autonomie dans l’acception la plus large ;

- par et pour les territoires où vivent nos concitoyens, au plus près d’eux.

Le principe de co-construction de réponses pour l’autonomie, avec les parties prenantes, inscrit dans l’ADN de la CNSA par les textes qui la fondent, lui a d’ores et déjà permis de préfigurer et de mettre en œuvre de nombreux projets associant les parties prenantes dans les territoires.

Les conférences des financeurs sont, pour le conseil de la CNSA, particulièrement inspirantes pour envisager le développement de fonctions agencielles en protection sociale : elles sont en effet préfiguratrices d’un modèle de pilotage local, fondé sur une logique de partenariat, pour co-construire des réponses de protection sociale.



M. Patrac :
« Un endroit
tranquille
pour fumer
ma pipe. »

2.4 Le conseil de la CNSA appelle de ses vœux une loi d'orientation — Autonomie – Grand Âge

Au mois d'avril 2018, la contribution du conseil de la CNSA se présentait sous la forme d'un scénario intégrant la transition à court, moyen et long terme de notre système de protection sociale pour l'autonomie.

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

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

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

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

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

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

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

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

Daniel Mathieu

Daniel Mathieu est né en 1945.

Il vivait dans une famille d'accueil aux Prés-du-Bois, hameau de Ligny-le-Châtel. En mai 2018, il rejoint la résidence pour personnes âgées du village.

“ Tous les jours,

si le temps le permet, je me rends en vélo aux Prés-du-Bois pour jardiner, bricoler et surtout retrouver mes amis, la nature. ”





3. Ériger le chez-soi — comme principe structurant de la protection sociale

3.1	La citoyenneté appelle le chez-soi	30
3.2	L'approche domiciliaire emporte un mouvement de transformation de notre modèle de protection sociale, porté par les parties prenantes	32
3.2.1	Ce mouvement de transformation n'est pas limité au champ de l'âge et du handicap	32
3.2.2	Le <i>logement d'abord</i> : pour un approfondissement de l'approche domiciliaire	33
3.2.3	La nécessité de données probantes sur les bénéfices de l'approche domiciliaire pour la personne, ses proches, pour les professionnels qui l'accompagnent et pour l'ensemble des aidants	35

3. — Ériger le chez-soi comme principe structurant de protection sociale

3.1 La citoyenneté appelle le chez-soi

La **citoyenneté** se définit par la **participation à la vie de la cité**. La citoyenneté ne se prescrit pas, elle se vit : le statut juridique de citoyen est un statut de liberté.

Le niveau ou le degré de la participation de la personne à la vie de la cité n'altère en rien sa citoyenneté.

Toutefois, l'interaction entre la personne et son environnement (son âge, sa situation de handicap ou de santé, le lieu où elle vit, sa capacité à bénéficier d'une aide au quotidien) pèse sur ses choix et ses capacités de participation à la vie sociale, l'exposant à un risque de déni ou de limitation de sa citoyenneté.

Les lois de 1975, de 1987, de 2005 ont défini des droits nouveaux qui visent à garantir la capacité d'expression de la citoyenneté de la personne handicapée. Ainsi, le droit à des ressources et le droit à compensation, au-delà de l'égalité des droits et des chances, ont pour enjeu la participation et la citoyenneté de la personne handicapée.

Dans le champ de l'âge, ces principes ne trouvent pas d'équivalent pour la personne, la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) ayant résolument fait le choix d'interpeller la société tout entière en lui enjoignant de se préparer à la transition démographique¹.

Le chapitre prospectif du conseil de la CNSA pour 2018, comme sa contribution à la réforme Autonomie – Grand Âge, ont souligné le rôle essentiel de la personne, origine de la réponse qu'on lui apporte. Ce rôle est constitutif de sa citoyenneté.

Le préserver, le soutenir, l'accompagner, lui donner un cadre favorable d'expression est fondateur d'un nouvel enjeu de la protection sociale confrontée aux transitions démographiques et économiques.

Le cadre de vie, pour la personne qui avance en âge, pour celle qui vit avec un handicap ou avec une pathologie au long cours, va participer de sa capacité d'expression de sa citoyenneté.

Il va donner le ton, le mode et le registre de l'intervention de tous ceux qui côtoient la personne : famille et proches, intervenants, aidants professionnels ou familiaux, professionnels de santé et médico-sociaux.

Le mode dominant est celui de la personne quelle que soit sa situation. L'ordre est celui de ses aspirations et de ses choix, dans le respect de ceux qui la soignent, l'accompagnent et l'entourent. Ce ton, ce mode et ce registre forment les caractéristiques de l'approche domiciliaire.

Ils ne prescrivent en aucune façon un lieu de référence, domicile d'origine, intermédiaire, alternatif ou institutionnel. La forme des services de soin, d'accompagnement ou présentiels apportés à la personne ne saurait être contingente du lieu où vit la personne qui en bénéficie. Leur éthique, leur objet, l'évaluation du service rendu ne dépendent pas du cadre dans lequel ils s'expriment ou se mettent en œuvre. Seules leurs modalités sont contingentes du cadre où la réponse est apportée à la personne. Ainsi, on comprend l'importance d'associer les parties prenantes dans la conception même de cette réponse, afin de garantir son équilibre, sa faisabilité et ce que l'on pourrait appeler la hiérarchie des normes dans un cadre domiciliaire.

1. « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation. » (Art. 1^{er}).



Anne-Marie Lembre : « J'ai à cœur d'agrémenter ma devanture d'appartement et je participe régulièrement au concours des maisons fleuries de la ville de Beuvry. »

Pour les membres du conseil de la CNSA, l'approche domiciliaire s'impose comme une modalité commune de réponse à tous. Pour la personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, elle est un des fondements d'une organisation sociale inclusive. Il s'agit bien du « chez-soi pour tous » qu'évoque Charles Gardou : « ce chez-soi pour tous, métaphore de l'organisation sociale inclusive permet à chacun de faire des choix et d'accéder à tout ce que peut offrir notre société (l'offre globale) dès lors qu'elle satisfait certains principes fondamentaux² ».

Ces principes doivent nourrir chaque étape de la transformation de notre modèle de protection sociale. Ils constituent le socle, les piliers, d'une société ouverte à tous.

Ils émanent d'abord des textes fondateurs de notre société, ils sont aussi le fruit d'engagements internationaux ou nationaux garantissant les **libertés et droits de chaque citoyen**.

Cela se traduit notamment par **le droit à l'autonomie, le respect de la personne et de l'intégrité, le droit à l'éducation pour les enfants, l'apprentissage tout au long de leur vie, le droit de vote, le droit au consentement éclairé, l'interdiction de toute discrimination et maltraitance médicale, et la sensibilisation aux stéréotypes et aux préjugés.**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes : l'association de la personne, de son entourage et de sa famille à la conception et à la mise en œuvre de son projet avec :

- un respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne ;
- le libre choix entre les prestations : services/établissement... ;
- un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé ;
- la confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- l'accès à l'information ;
- une information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ;
- une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

L'ambition inclusive va plus loin en ce qu'elle donne à la personne un rôle accru de partie prenante fondatrice dans la réponse en protection sociale afin de garantir la pleine expression de sa citoyenneté. L'approche domiciliaire est le corollaire de cette évolution. Elle sous-entend une transformation profonde de notre modèle de protection sociale.

2. « Une organisation sociale est inclusive lorsqu'elle module son fonctionnement, se flexibilise, pour offrir, au sein de l'ensemble commun, un "chez-soi pour tous", sans toutefois neutraliser les besoins, désirs ou destins singuliers. » in *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse, ERES, « Connaissances de la diversité », 2012, p. 17-38.

3.2 L'approche domiciliaire emporte un mouvement de transformation de notre modèle de protection sociale, porté par les parties prenantes

Ces parties prenantes sont :

- les personnes et leurs proches d'abord qui entendent que l'on respecte leur citoyenneté ;
- les associations de personnes et de familles qui soutiennent des formes innovantes de réponses aux besoins de leurs proches ;
- les professionnels du soin, de l'accompagnement.

3.2.1 Ce mouvement de transformation n'est pas limité au champ de l'âge et du handicap

Dans le champ social, cette transition est à l'œuvre depuis près de trente ans. La démarche du *housing first* importée d'outre-Atlantique en est une illustration particulièrement inspirante.

On en a parfois réduit la portée en limitant la démarche à la nécessité de mettre à l'abri les grands exclus. Le *housing first* nous livre en réalité, dans son acception rigoureuse, des clés importantes pour approfondir la spécificité de l'approche domiciliaire.

Il s'agit sans doute de l'une des innovations les plus importantes en matière de services aux personnes sans domicile depuis trente ans.

Ce modèle a été appliqué avec succès pour lutter contre le sans-abrisme pour les personnes ayant des besoins élevés d'accompagnement aux États-Unis, au Canada et dans plusieurs pays européens. Il s'est révélé particulièrement fructueux dans la lutte contre l'exclusion la plus sévère qui conduit les personnes, pour des raisons complexes et intriquées, à vivre dans la rue, dans une situation de risque pour eux-mêmes et d'échec pour les acteurs sociaux qui ne parviennent pas à leur proposer les voies d'un rétablissement social durable.

Dans cette stratégie, **le logement est un point de départ et non un objectif final.**

Dans ce cadre, on se concentre immédiatement sur le fait de **permettre à la personne de vivre dans son propre logement, celui-ci étant un logement ordinaire en ville.**

Il s'agit d'une approche très différente de celle des services d'aide plus classiques dans le cadre desquels on essaie de rendre les personnes « *prêtes à être logées* » avant de leur permettre d'accéder à un logement.

L'approche est également centrée sur l'amélioration de la santé et du bien-être et sur la (re)création d'un lien social pour les personnes accompagnées.

Dans les services classiques, on exige des « usagers » d'être sobres, de prendre régulièrement leur traitement et d'être suffisamment autonomes avant de leur fournir un logement. Dans ce cadre, le logement intervient « **en dernier lieu** ».



M. Renard : « Je suis diplômé en horlogerie mais également “philographe” (je fais de la philosophie par le graphisme) ; je suis aussi artiste. Ma vie artistique se poursuit à l'EHPAD. Je suis peintre, un peu fou, mais toujours en création ! Passionné de Victor Hugo, j'adore Paris en entier ! »

3.2.2 Le logement d'abord : pour un approfondissement de l'approche domiciliaire

Le **logement d'abord** vise à **garantir aux personnes, en l'occurrence sans domicile, un niveau élevé de choix et de contrôle sur les services qu'on leur propose**, en particulier le logement.

Ainsi les « usagers » des services classiques sont activement encouragés à réduire leur consommation de drogue et d'alcool et à entamer un traitement sans que cela ne leur soit imposé. Dans le cadre des services d'aide *classiques*, que l'on nomme services « par paliers », où l'accès au logement arrive à la fin du parcours d'insertion, *on exige* souvent que les personnes suivent un traitement et arrêtent complètement la drogue et l'alcool avant de leur permettre d'accéder au logement. On peut également leur retirer ce logement si elles ne suivent pas le traitement ou si elles n'arrêtent pas complètement la drogue et l'alcool.

La transposition de la démarche originale du *housing first* est particulièrement marquante. Elle revient à éclairer le sens de l'approche domiciliaire : la forme du logement, ses modalités ne sont pas conditionnées au niveau d'autonomie de la personne, mais bien plutôt à la stratégie personnalisée de prévention de la perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause : âge, handicap, situation de santé. Soutenir les capacités de la personne et soutenir son autonomie sont ainsi, dans l'approche domiciliaire, l'objet même de la démarche.

Les recherches ont montré que le *logement d'abord* permettait de mettre fin à l'exclusion d'au moins huit personnes sur dix. Il obéit à huit principes fondamentaux pour lesquels nous avons établi une extrapolation qui contribue à appréhender la portée de l'approche domiciliaire :

- le logement est un des droits de l'Homme – au double sens dans l'approche domiciliaire de la protection matérielle requise et du lien entre logement et affirmation de la citoyenneté ;
- les usagers choisissent et contrôlent les services qui leur sont apportés – au sens, dans l'approche domiciliaire, où ils les choisissent et les évaluent ;
- le logement et le traitement font l'objet d'une stricte « séparation » – au sens, dans l'approche domiciliaire, où la logique professionnelle du soin et du prendre soin ne pèsent pas sur l'usage et le mode de vie ;
- les services d'accompagnement sont orientés vers le « rétablissement » – au sens, dans l'approche domiciliaire, où ils valorisent l'autonomie, la vie sociale, l'autodétermination ;
- le principe de la **réduction des risques** dans une acception large – au sens, dans **l'approche domiciliaire**, où **les seuls risques objet de prévention** ne sont pas fixés par des normes exogènes, mais bien plutôt par **les aspirations de la personne et de ses proches** ;
- engagement actif sans coercition – au sens, dans l'approche domiciliaire, où aucune condition expresse n'est requise dans la démarche domiciliaire ;
- la personne est au centre de l'accompagnement – au sens, dans l'approche domiciliaire, où la personne en est l'origine et la partie prenante fondatrice.
- l'accompagnement est souple et sera proposé aussi longtemps que de besoin – au sens, dans l'approche domiciliaire, où aucune prescription de durée ou de condition ne lui est associée (on ne reste pas « chez soi en attendant une entrée en institution »).



Agnès Aude : « J'ai changé plusieurs fois d'appartement ici, où je ne me sentais pas encore chez moi. Depuis trois semaines, j'occupe un nouvel appartement où le soleil et le jour embellissent mes journées. Heureusement, sans se sentir complètement chez soi car on ne vient pas par choix mais par nécessité de santé, j'ai la chance depuis mon balcon de voir mon ancien appartement et une partie de la ville de Maromme... ce qui me réconforte. »

Cet exercice de transposition se révèle éclairant et renforce les déterminants de l'approche domiciliaire, que l'on peut formuler de la manière suivante :

- assurer le double enjeu d'apporter une protection matérielle **et** de garantie de pleine citoyenneté ;
- la personne choisit et évalue les services qu'on lui propose. Elle s'autodétermine grâce à l'accompagnement, la remédiation, le soutien, l'entraide, la pair-aidance, l'information...
- la logique professionnelle du soin et du prendre soin ne pèsent pas sur l'usage et le mode de vie ;
- l'objet de l'approche domiciliaire est la valorisation de l'autonomie, du maintien du lien social et de la vie sociale. Elle favorise le libre choix et l'autodétermination ;

- les risques, objets de prévention ne sont pas fixés par des normes exogènes mais bien plutôt par les aspirations de la personne et de ses proches ;
- aucune condition expresse n'est requise par l'approche domiciliaire : elle se met en place quel que soit le lieu où vit la personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap et/ou de santé ;
- la personne, avec ses proches, est à l'origine même de l'approche domiciliaire : elle en est la partie prenante fondatrice ;
- aucune prescription de durée ou de condition n'est liée à l'approche domiciliaire : en ce sens, elle complète ou même se substitue à la logique de parcours conditionnée à l'évolution de la situation de la personne, liée à son avancée en âge, à l'évolution de sa situation de handicap ou de santé.

3.2.3 La nécessité de données probantes sur les bénéfices de l'approche domiciliaire pour la personne, ses proches, pour les professionnels qui l'accompagnent et pour l'ensemble des aidants

Comme cela a pu être le cas lors du développement de la démarche du *housing first*, il est indispensable de prévoir le service rendu et les bénéfices directs et indirects de la transformation de nos réponses par l'approche domiciliaire :

- sur la santé et le bien-être de la personne, de ses proches, des professionnels et des aidants ;
- sur l'inclusion sociale, par :
 - la qualité de l'accompagnement social ;
 - le renforcement de l'estime de soi ;

- l'aide à la compréhension des événements et de l'information par la qualité de l'*accompagnement informatif* dont l'accessibilité numérique des personnes, de leurs proches, des professionnels³ ;
- l'accompagnement pratique ou instrumental ;
- la prévention de la stigmatisation.

3. Voir Le Rendez-vous du Domicile 2019 de l'UNA 27 juin 2019 Pierre Mazet Chercheur en sciences sociales « Impact des technologies dans le champ de l'accompagnement social ».

Catherine Pasquet

Née en 1963, elle a habité 30 ans au foyer Jacques-Cœur à Savigny-sur-Orge.

Puis elle a intégré le foyer Jean-Marsaudon pour ensuite prendre possession de son studio aux Z'apparts de Savigny-sur-Orge. Son rêve s'est enfin réalisé.

“Colorier des mandalas.

Pendant mon temps libre, mon plaisir c'est de colorier des mandalas. Quand je pratique le coloriage, je me sens bien et détendue.”



“J'aime faire à manger.

Ça me permet de manger ce que j'aime tout en prenant soin de ma ligne.”



4. Chez-soi, — une approche domiciliaire

4.1	Affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne, chez elle	40
4.1.1	Vivre chez soi	40
4.1.2	Définir l'approche domiciliaire	50
4.2	L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté des professionnels	52
4.2.1	Le professionnel doit bénéficier dans son rôle des avancées permises par l'approche domiciliaire	52
4.2.2	Pour la pleine reconnaissance de la contribution des professionnels : LA PERSONNE ET LE PROFESSIONNEL ÉGALEMENT CITOYENS	53
4.3	Quelles réponses pour permettre le « vivre chez soi », l'approche domiciliaire ?	56
4.3.1	Les pratiques de chacun des professionnels qui interviennent auprès de la personne doivent donc évoluer pour prendre en compte cette aspiration : chez soi	56
4.3.2	L'approche domiciliaire nécessite des évolutions juridiques pour soutenir l'expression de la citoyenneté des personnes qui avancent en âge	56
4.3.3	C'est pourquoi le conseil de la CNSA propose une approche intégrée des fonctionnalités de la réponse en soin, en aide et accompagnement, en logement, en présence sociale	57
4.3.4	Raisonner en ces termes permet également de réinterroger l'objet des financements de chacune des composantes de la réponse et donc l'origine de ces financements	57
4.3.5	Cela permet également de développer une approche analytique de chacune des composantes de la réponse, tenant compte de leur nécessaire mise en cohérence pour évaluer les besoins d'accompagnement à l'autonomie et de présence auprès de la personne	57
4.3.6	Des méthodes et modes d'évaluation cohérents entre eux : par et pour la personne, quel que soit le lieu où elle vit	58
4.3.7	Organiser l'accès à l'information, au droit et aux réponses	62

4. **Chez-soi, une approche domiciliaire**

4.1 **Affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne, chez elle**

4.1.1 **Vivre chez soi**

A. Le chez-soi, lieu où chacun vit, est un lieu de bien-être, de liberté, de sécurité, d'intimité, de construction de la confiance en soi et en l'avenir

Le chez-soi est un lieu dans lequel la personne, entourée de ses proches, est en capacité d'exprimer ses choix et ses aspirations.

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

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

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

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



Bénédicte : « Je me sens bien dans ma jolie chambre personnalisée par mes meubles, mes posters et mes bijoux. Je tiens particulièrement à un fauteuil qui appartenait à ma marraine. »

B. Cette approche nécessite d'appréhender les différentes dimensions du « vivre chez soi » dans le respect de la liberté de choix, de la sécurité, de l'intimité, de la dignité, de la culture et des valeurs de la personne

Les caractéristiques du chez-soi peuvent se traduire par un ensemble d'enjeux, qui définissent l'approche domiciliaire de la réponse à la personne qui avance en âge. L'approche domiciliaire doit s'imposer

quel que soit le lieu où la personne élit domicile, à chaque étape de sa vie, quels que soient ses besoins d'accompagnement, de soin, quels que soient ses aspirations et ses choix.

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

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

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

de vie de la personne peuvent la conduire à rechercher un logement plus adapté à sa situation. Logement de transition, habitat partagé, résidence service, accueil familial, résidence autonomie, EHPAD sont différentes alternatives au domicile d'origine.

Si les établissements, et encore davantage le modèle EHPAD dans sa conception normative et sécuritaire, apparaissent de plus en plus inadaptés, l'organisation des interventions d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile, **les logements de transition, habitat partagé, résidences services ou autonomie devront eux aussi poursuivre leur transformation afin de respecter le libre choix, la sécurité, l'intimité de la personne.** Quel que soit son lieu de vie, la personne doit pouvoir définir elle-même les règles d'accès, d'usage à son espace, en fonction de ses temps de vie, de ses choix et de ce qui fait son identité.

Les établissements qui accueillent des personnes âgées, en situation de handicap ou de maladie devront également s'orienter, au-delà de l'accompagnement dans le domicile, à **une ouverture vers l'extérieur et vers la Cité.** Ils doivent désormais tous s'inscrire dans la vie du quartier, dans les projets sociaux, associatifs et d'animations de la commune afin de créer une communauté de vie bienveillante entre l'établissement et les habitants du territoire, de changer le regard de la société sur la maladie.



La maison d'accueil expérimentale AMA Diem

Vivre chez soi partout et jusqu'au bout de sa vie

La maison d'accueil expérimentale AMA Diem en région grenobloise accueille des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer. C'est un lieu de vie de taille réduite où l'on vit chez soi, jusqu'au bout de la vie. Toutes les personnes sont appelées à participer à la vie quotidienne (cuisine, jardin...). Elles ont la possibilité de sortir quand elles le souhaitent grâce à un **accompagnement et un environnement adapté**. Le lien social est maintenu par **une intégration forte de la maison et de ses habitants dans le village**. Des formations sont organisées auprès des commerces et des résidents qui le souhaitent pour apprendre à accueillir et à être bienveillants à l'attention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les commerces et les associations partenaires sont impliqués pour le repérage et pour permettre l'accès aux services.



De Hogeweyk : une vie normale pour les personnes atteintes de démence

« Désinstitutionnaliser, transformer et normaliser »

Sur le même modèle que la maison AMA Diem, le concept hollandais *De Hogeweyk* (connu sous le nom de « Dementia village ») permet à des personnes atteintes de démence de vivre pleinement comme chez elles dans un quartier animé (commerces, activités sportives, culturelles, restaurants, bars). Le dispositif s'intéresse à la relation au chez-soi de la personne : à sa vie, son histoire, ses valeurs, ses habitudes pour lui offrir des réponses domiciliaires adaptées au sein d'un quartier. Il s'adapte en continu aux aspirations et besoins des habitants. Aujourd'hui, le quartier s'ouvre et s'intègre progressivement dans la ville selon cette même méthode. Il accueillera prochainement des étudiants, un supermarché 3D.

Les établissements qui accueillent des personnes âgées, en situation de handicap ou de maladie, doivent aujourd'hui tous se mettre en capacité d'« **ouvrir leurs murs** » en nouant des partenariats et en se positionnant comme des centres ressources pour les personnes qui vivent sur le territoire où ils sont implantés. Ils doivent pour cela s'appuyer avant tout sur des ressources extérieures existantes (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAMSAH, SAVS¹, pôles, centre et dispositifs de coordination).

Ils doivent aussi **développer seuls ou en partenariats des services innovants** (accueil de jour, de nuit, plateformes d'accompagnement et de répit, hébergement temporaire) qui permettent à la personne de rester chez elle le plus longtemps possible, de revenir à son domicile ou encore de soutenir les aidants.

1. SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile ; SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile ; SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ; SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale.

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

Elle y est un « résident » aux choix restreints. Elle doit s'adapter aux usages d'un lieu offrant des services mutualisés et renoncer à ce qui caractérisait son quotidien d'avant son entrée en établissement.

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

Ce renoncement – renoncement à ses préférences, à ses habitudes, à son animal de compagnie... – est vécu par la personne et par sa famille comme une rupture souvent cruelle. On mesure combien, malgré quelques possibilités de personnalisation de la chambre du « résident », les usages, les règles et les normes transforment profondément son mode de vie et sa capacité d'expression de sa pleine et entière citoyenneté. Bien que la sécurité constitue l'une des composantes de l'approche domiciliaire, elle doit tenir un rôle secondaire.

Le modèle de l'EHPAD doit se transformer pour réintégrer la dimension du chez-soi par la mise en œuvre de l'approche domiciliaire que nous avons définie plus haut. Il s'agit notamment de permettre à chaque personne accueillie en établissement d'habiter son logement : « être maître chez soi », c'est-à-dire définir par soi-même les règles

d'usage et de civilité qui s'imposent à ce lieu privé, depuis l'accès jusqu'à l'organisation de la vie quotidienne selon ses choix, ses préférences, ses aspirations.

Afin de permettre la mise en œuvre de cette logique dans ces établissements ou services, **les investissements nécessaires devront être prévus**. Les infrastructures devront rendre ces évolutions possibles tout en évoluant vers des plateformes ressources intervenant en soutien de la vie des habitants qui avancent en âge dans le territoire.

Il importera également de lever progressivement, avec et pour toutes les personnes concernées, tous les freins juridiques et administratifs qui ne permettent pas de mettre en œuvre cette approche domiciliaire. Les **protocoles de coopération qui permettent de déroger aux logiques sécuritaires** sont un outil pertinent. Dans le cadre du projet AMA Diem (cf. p. 42), un protocole de coopération a été conclu avec la police et les partenaires afin d'organiser un système d'alerte et d'accompagnement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui s'égareront.

Mais au-delà, **ce sont les modalités d'évaluation et de contrôle de la qualité de vie qui doivent également se transformer, quel que soit le lieu de vie de la personne, à domicile ou en établissement, quel que soit l'âge de la personne ou sa situation de handicap : passer d'une logique d'évaluation de la qualité du soin ou de la sécurité à une logique d'évaluation de la satisfaction et de la qualité du service qui lui est rendu, par la personne elle-même**, dans toutes les dimensions de son acceptation au « vivre chez soi » et au bien-être.



L'établissement de demain : un centre ou une plateforme ressource pour les habitants du territoire

L'EHPAD La Madeleine, « Un petit chez-soi dans un grand chez-nous »,
Sylvain Connangle, directeur

L'établissement a fait le choix de « sortir des murs » pour s'ouvrir sur le territoire du Grand Bergeracois. Il offre un lieu adapté aux personnes qui y habitent mais aussi aux acteurs du territoire. Il s'engage avec ses partenaires à répondre aux besoins de toute la population dans une logique de développement durable et responsable. Il porte une attention particulière au bien-être des personnes accueillies et des professionnels qui les accompagnent ou qui assurent uniquement une présence auprès d'elles (coiffeur, jardinier, techniciens...).

C'est un lieu où toutes les **croyances et les habitudes de vie sont respectées**. Il accueille les personnes dans de petites unités de vie et offre des **services larges et personnalisés**. Grâce à un **protocole** obtenu par le conseil de la vie sociale présidé par une ancienne professionnelle de l'établissement retraitée, des chats circulent librement dans l'établissement. Les repas sont des moments conviviaux importants auxquels les proches peuvent participer. Le menu offre le choix entre plusieurs plats préparés quotidiennement par le chef cuisinier et son équipe.

L'établissement accueille régulièrement, pour des activités communes, des publics d'autres établissements ou des personnes vivant à domicile. Des services adaptés aux personnes souhaitant rester à leur domicile ont notamment été mis en place **par l'établissement seul ou en partenariat** (consultation mémoire, accueil de jour, hébergement temporaire, MAIA, plateforme d'accompagnement pour les aidants, UHR²).



Hébergement d'une plateforme e-santé ouverte

Grâce à la volonté commune de l'EHPAD La Madeleine, du pôle de santé de Bergerac et de la MAIA du Grand Bergeracois portée par l'EHPAD, est née la plateforme interprofessionnelle en e-santé du Bergeracois. Elle a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées du territoire en mettant à disposition de la population et des professionnels du premier recours des compétences médicales supplémentaires par l'intermédiaire des nouvelles technologies. Afin d'offrir des conditions optimales et sécurisées, l'EHPAD a créé un lieu dédié. Il permet aussi aux personnes domiciliées à La Madeleine de bénéficier d'un suivi médical assuré et coordonné par leur médecin traitant et de l'expertise de spécialistes médicaux. Ce dispositif s'appuie sur un conventionnement entre les professionnels de santé de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Bergerac, des médecins-experts de Nouvelle-Aquitaine et l'EHPAD centre ressource.

2. MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; UHR : Unité d'hébergement renforcée.



L'accueil de nuit de l'EHPAD La Madeleine

L'accueil de nuit accompagne les personnes âgées qui souhaitent rester à domicile. Il a pour particularité d'accueillir des personnes sur une période allant de la fin de l'après-midi au lendemain matin dans une logique de maintien des capacités cognitives des personnes accueillies dans **un rythme souhaité et adapté**. Comme chez elles, les personnes ont la possibilité de préparer leur repas, de se lever, de se coucher dans leur chambre individuelle et personnalisée et de faire les activités qu'elles souhaitent quand elles le souhaitent.

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

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

Le jardinier, le coiffeur, l'électricien qui vient changer une ampoule dans la chambre de la personne, le libraire, le boulanger, le buraliste, sont des parties prenantes de la fonction présenteielle. Ils concourent au **bien-être, à la liberté et à la sécurité** de la personne chez elle, dans son quartier, dans sa commune.

À l'écoute de la personne, ils assurent une présence auprès de la personne et parfois une **fonction de veille** qu'il convient encore d'organiser et d'accompagner.

La personne, ses aidants, les professionnels des SAAD ont un premier regard sur l'organisation globale de cette fonction.

Ils ont un rôle essentiel pour permettre l'organisation des relations sociales, affectives, culturelles et de loisir, pour assurer le bien-être de la personne, pour permettre l'aménagement du cadre de vie dans une logique de prévention et de développement durable.

Il s'agit aujourd'hui de favoriser et de coordonner ces dynamiques de proximité qui renforcent l'écosystème relationnel en soutenant les partenariats et la mise **en cohérence des actions de ces parties prenantes publiques et privées qui assurent une présence auprès des personnes, en proximité, chez elles** quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé, quels que soient leur lieu et niveau de vie, à domicile et en établissement. C'est là tout l'enjeu **d'une mobilisation intégrée des fonctionnements agentiels et de l'association des parties prenantes** à tous les niveaux pour soutenir la fonction présenteielle.



Des fonctions agentielles gouvernées par l'association des parties prenantes pour soutenir la fonction présenteielle, le lien social, le « bien vivre chez soi »

MONALISA : l'association des parties prenantes publiques et privées pour mobiliser les solidarités publiques et privées de proximité

Depuis 2014, MONALISA rassemble 488 organisations qui luttent ensemble contre l'isolement des âgés en soutenant et suscitant l'engagement bénévole de proximité à travers un partenariat entre la société civile et la puissance publique : associations, collectivités, caisses de retraite... Cette démarche partenariale est fondée sur un engagement national consacré dans une charte commune, une coopération des parties prenantes du territoire et une promotion de l'implication et la solidarité des citoyens avec les âgés.

Elle repose sur **des repères de coopération larges et souples** « pour permettre à chaque coopération de construire, à géométrie variable, sa stratégie et son programme d'actions en fonction des ressources du territoire, des besoins identifiés et des volontés des acteurs suivant un principe d'autodétermination et de co-construction des réponses à apporter³ ».

Dans sa fonction agentielle, MONALISA soutient la définition d'une vision partagée du territoire, la co-construction des coopérations, fournit des moyens d'ingénierie aux parties prenantes locales, assure la lisibilité des actions et des coopérations, sensibilise, informe le grand public et veille au respect de la « **liberté et de la pluralité de choix d'appartenance, des identités, projets et cultures des divers partenaires** ».

Quand les départements, chefs de file de l'action sociale, soutiennent les solidarités, le lien social apportant leur soutien aux parties prenantes de proximité : l'une des fonctions agentielles du département

Cette année, les Alpes-Maritimes ont lancé un plan départemental d'aide aux aidants visant à permettre à l'ensemble des aidants – de personnes âgées du département qui le souhaitent – de bénéficier de temps de répit – notamment en mobilisant les seniors bénévoles inscrits à « Seniors en action » – et à apporter à leurs aidants aide, soutien et soulagement, en s'appuyant sur les acteurs sociaux du territoire. Cette démarche s'inscrit en cohérence avec le « *SMART deal* », plan de transition numérique porté par le conseil départemental sur l'ensemble du territoire des Alpes-Maritimes. Le dispositif a pour objectif d'apporter un meilleur service aux usagers et d'améliorer la qualité de vie des habitants, et notamment des seniors. Cette action s'inscrit également dans le cadre des orientations 2019-2021 du programme coordonné de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des Alpes-Maritimes ; ce qui assure en partie une gouvernance de l'action par l'association des parties prenantes et la mise en cohérence de toutes celles du territoire pour soutenir le lien social et de leur financement. **En ce qu'il met à disposition de la commune de Nice sa capacité à animer des réseaux d'acteurs sociaux diversifiés, qu'il fournit un soutien d'ingénierie pour dynamiser le lien social entre ses habitants, qu'il assure la coordination et le déploiement progressif du dispositif, le département assure une fonction agentielle permettant de dynamiser le lien social entre les habitants des communes.**

3. www.monalisa.fr.



Développer la fonction agentielle de l'ARS et la gouvernance par l'association des parties prenantes pour renforcer la capacité de l'État à intégrer pleinement son action pour et dans les territoires

Lorsque l'ARS lance un appel à projet pour lutter contre l'isolement des personnes âgées s'inscrivant dans les orientations adoptées, et financé dans le cadre de la conférence des financeurs dans le département de Lozère, elle mobilise sa fonction agentielle. Cette fonction doit être renforcée. Il s'agit de **leur permettre de piloter, d'accompagner, d'évaluer et d'assurer la mise en cohérence des orientations, de l'action de l'État sur le territoire pour permettre le « bien vivre chez soi », en bonne santé (Organisation mondiale de la santé – OMS)**. Il s'agit également d'associer les parties prenantes au **pilotage de la transformation de notre modèle en s'assurant de la représentation des personnes elles-mêmes et de tous les acteurs locaux, de proximité**, impliqués dans le choix des politiques et des réponses autour du « vivre chez soi » qui leur sont apportées. Les communes, les départements, les métropoles, les agglomérations sont aujourd'hui des acteurs incontournables qui disposent eux aussi d'une fonction agentielle. Développer la fonction agentielle des ARS et la gouvernance par l'association des parties prenantes renforce la capacité de l'État à intégrer et inscrire pleinement son action pour et dans les territoires.

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

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

On sait bien que la fonction présentielle affective qui caractérise le rôle des proches ou de la famille aux côtés de la personne qui avance en âge se heurte à de très nombreux empêchements et freins : distance, activité professionnelle, situation de famille, problème de santé, sont autant de cause de restriction de la présence affective. Mais on sait aussi que la charge matérielle et mentale

des fonctions de soin, d'accompagnement et les contraintes logistiques entraînent souvent pour les aidants familiaux de profonds et douloureux conflits d'enjeux.

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



Dynamiser les actions de soutien aux aidants par et pour les entreprises, par et pour les aidants et les aidés : un enjeu aussi pour l'*affectio societatis* de l'entreprise

Les aidants familiaux ou naturels sont exposés à **de nombreuses fragilités qui, lorsqu'ils sont actifs, mettent aussi en tension leur situation professionnelle et celle de l'entreprise** : la fatigue physique, due à une surcharge de travail et à un surinvestissement ; la dégradation de leurs relations sociales, la dévalorisation de l'image de soi ; la culpabilisation de devoir négliger ses autres fonctions familiales.

L'engagement et le rôle de l'entreprise sont essentiels pour soutenir la fonction présenteielle de l'aidant actif mais aussi l'aidé. Conscientes de cet enjeu, certaines entreprises ont d'ores et déjà engagé des actions pour soutenir les aidants et les aidés. Pour autant, elles sont souvent peu outillées et l'accompagnement dont peut bénéficier l'aidant est souvent fonction de l'engagement, des moyens et de la taille de l'entreprise.

Certains groupes de protection sociale ou assureurs mutualistes développent aujourd'hui des projets pour accompagner l'aidant actif et l'aidé. Il s'agit désormais d'engager une véritable dynamique pour permettre l'accompagnement de l'aidant et de l'aidé dans différentes dimensions de l'aide et de coordonner ces actions au niveau de l'entreprise en permettant :

- la solvabilisation de la demande de l'aidant et de l'aidé ;
- le déploiement des services nécessaires à la vie personnelle de l'aidant ;
- le déploiement des services à l'aidant dans son rôle vis-à-vis de l'aidé ;
- le déploiement des services nécessaires à la vie professionnelle de l'aidant ;
- un revenu de substitution pour l'aidant en cas d'absence pour accompagner l'aidé ;
- les services nécessaires au maintien à domicile de l'aidé ;
- l'implication de tous les acteurs autour de l'aidant et de l'aidé.

L'entreprise renforce dans ce cadre sa responsabilité sociale. Elle contribue à la fonction présenteielle dont elle permet la solvabilisation pour les aidants actifs. Au-delà, elle permet l'accès à des réponses adaptées à la situation de l'aidant et de l'aidé, en lien avec les acteurs locaux, qu'elle contribue à soutenir.



Louis Jurine : retraité, il participe bénévolement aux ateliers de tests de documents en facile à lire et à comprendre organisés à la CNSA depuis 2015. Louis pratique la peinture avec assiduité.

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

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

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

Notre Code civil, qui contient et organise les règles de la vie sociale des personnes, est un droit de la capacité des personnes, du contrat et de la responsabilité, à partir duquel d'autres droits se construisent et sont déclinés dans des codes spécifiques, notamment dans les Codes de la santé

publique et de l'action sociale et des familles. **Il n'est pas un droit de l'exclusion** même lorsqu'il décline des restrictions de capacité dans des conditions précises. La philosophie de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 est de **protéger la personne "sans la diminuer"**, c'est-à-dire sans porter atteinte à ses libertés individuelles, ses droits fondamentaux et sa dignité. C'est dans ce sens que des droits strictement personnels ont été consacrés et définis au travers des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel, impliquant que leur accomplissement ne peut jamais donner lieu à assistance ou à représentation de la personne protégée. **Cette capacité minimale est irréductible mais il faut sans doute aller plus loin encore⁴.** »

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

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

4.1.2 Définir l'approche domiciliaire

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

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

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

- **Les dimensions psychologiques et psychosociales** (exemples : confort, intimité, rôles sociaux, rôles familiaux, sécurité, contrôle, statut économique du quartier).
- **Les dimensions sociales** (exemples : proximité des frères et sœurs, des enfants, des parents...).
- **Les dimensions matérielles** : caractéristiques du quartier, du domicile, ergonomie et fonctionnalité (exemples : accessibilité universelle, espaces verts, type de bâtiment, adaptation du logis).
- **Les dimensions spatio-temporelles** : mobilité quotidienne, géographique, biographie (attachement, durée de résidence...).
- **Les dimensions économiques** (exemples : coût pour se reloger, coût du domicile, monétarisation du capital...).
- **La dimension sanitaire** (exemples : état général de santé, handicaps physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, conséquences des chutes, dénutrition...).

A. L'approche domiciliaire : quatre composantes

Les réponses pour l'accompagnement de l'avancée en âge sont complexes, intriquées selon les différentes dimensions de l'approche domiciliaire. Elles se structurent en quatre grands enjeux identifiés par le conseil de la CNSA : le soin, l'aide et l'accompagnement, le logement,

et la présence sociale que, par convention, le conseil appelle « fonction présentielle ».

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

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

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

Il s'agit de :

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

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

En conséquence

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

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

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

Notre modèle de protection sociale conduit trop souvent à fragiliser la situation de ceux qui soignent, aident et accompagnent, hébergent ou concourent à l'hébergement, équipent et apportent une présence à la personne qui avance en âge. **Les tensions qui se font jour dans leurs missions et leur engagement doivent nous conduire à transformer en profondeur nos réponses**

en affirmant une même ambition pour eux-mêmes et pour les personnes qui avancent en âge, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

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

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

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

Les aspirations et les besoins des professionnels doivent eux aussi participer de la construction de la réponse afin qu'elle

soit soutenable et respectueuse de leur situation : les six dimensions de l'approche domiciliaire, dimension psychologique et psychosociale, sociale, matérielle, spatio-temporelle, économique, sanitaire (*cf. supra*).

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



Raymond Defonte :

« À la résidence, je peux garer ma voiture car il y a un parking. J'apprécie encore de conduire. C'est la liberté ! »

4.2.2 Pour la pleine reconnaissance de la contribution des professionnels : **LA PERSONNE ET LE PROFESSIONNEL ÉGALEMENT CITOYENS**

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

A. Reconnaître leur position de partie prenante est central

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

Garantir les conditions d'exercice permettant de préserver leur santé, leur équilibre de vie, leur projet personnel ou professionnel, leur niveau de vie, la cohérence et

la soutenabilité de leur apport est indispensable. Au-delà de la seule réponse aux enjeux de santé et d'attractivité, il s'agit là de développer une véritable culture du bien-être au travail associée à la valorisation du rôle de partie prenante des professionnels au sein de l'enjeu domiciliaire de la politique de l'autonomie.

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

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

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

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

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

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

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

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

C. La qualité de vie des professionnels nécessite qu'ils soient accompagnés dans les évolutions de leurs pratiques : l'approche domiciliaire, la prise en compte du libre choix et des aspirations de la personne, le respect de sa liberté d'aller et venir, d'être avec ses proches, partie prenante et plus uniquement usager ou bénéficiaire, emportent des évolutions profondes dans l'exercice des métiers

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

La question souvent taboue de la vie affective, selon les choix de vie des personnes, est au cœur de l'approche domiciliaire et fait partie de ce dialogue pour lequel les professionnels

doivent transformer leurs approches, leurs pratiques. Organiser l'accompagnement sur un mode « collectif » (établissement) ne doit pas être exclusif du respect de l'intimité de la personne.

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

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

- Garantir la reconnaissance des métiers.
- Revaloriser les salaires des métiers de l'aide et de l'accompagnement.
- Améliorer la qualité de vie au travail.
- Construire les métiers de demain dans une logique de décloisonnement et dans de nouvelles modalités collaboratives.
- Permettre la transformation des organisations et des pratiques managériales.
- Reconnaître le véritable prix des interventions et le faire évoluer annuellement et automatiquement en fonction du coût de la vie.
- Reconnaître financièrement les temps de coordination et de management nécessaires.
- Reconnaître et valoriser les actions de présence sociale dans les interventions d'aide, d'accompagnement (au titre de la fonction présente).

D. Pour une stratégie résolue de soutien du secteur de l'aide à domicile

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

pour l'autonomie des personnes est indispensable.

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

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

Cette stratégie suppose, au préalable, l'acceptation et la reconnaissance du rôle des services d'aide, d'accompagnement et de soin à domicile. Ces services doivent pouvoir accompagner la personne dans toutes les activités essentielles de sa vie, les relations sociales, les loisirs, le tourisme,

le bien-être, la spiritualité, etc. En lien avec les aidants, ils sont également **partie prenante du premier recours**. Ils garantissent l'accès et la continuité des soins nécessaires en veillant notamment à ce que le médecin généraliste soit sollicité au bon moment, sans retard et en opportunité. Ces missions de santé assurées souvent, au quotidien, par les services à domicile et les aidants, doivent désormais être reconnues. Des délégations de tâches devront pour cela être envisagées et évaluées. On sait bien que de nombreux freins à la reconnaissance du rôle, de la place et du degré de délégation de tâches des infirmières de pratiques avancées au domicile subsistent encore.

La survie des services d'aides à domicile nécessiterait, selon les estimations de l'Union nationale des soins et services à domicile (UNA), l'injection urgente dès 2019 de 1,7 milliard d'euros, afin de revaloriser les salaires, prendre en compte les temps de déplacement des intervenants, conformément à l'engagement pris dans le cadre de la convention collective, et couvrir les coûts de revient pour les structures qui s'élèvent en moyenne à 25 € alors que l'APA ne finance qu'à hauteur de 21 € en moyenne. Le rapport de Dominique Libault (mars 2019) estime cet investissement à 550 M€ pour les SAAD. Cette estimation que le conseil juge incomplète ne tient pas compte du besoin du soutien au modèle économique des SAAD.



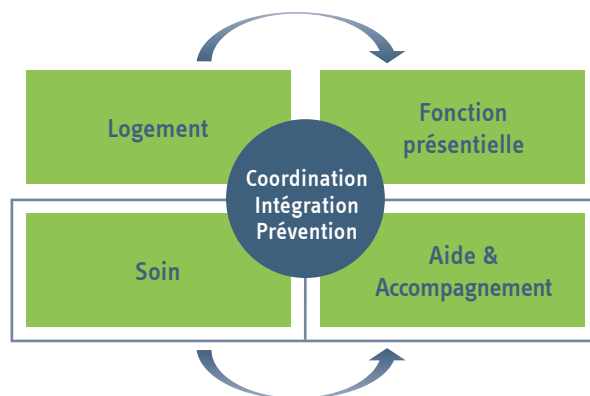
En lien avec l'Assemblée des départements de France, le conseil de la CNSA a engagé une réflexion large pour soutenir les SAAD

L'approche domiciliaire portée par le conseil de la CNSA ne peut être mise en œuvre que si une stratégie résolue de soutien au secteur de l'aide à domicile est adoptée à court terme.

Elle doit comporter une refonte du financement et de la tarification des services mais, au-delà, elle doit porter un projet offensif et ambitieux pour ce secteur clé.

C'est pourquoi le conseil de la CNSA a souhaité engager une réflexion large et partagée pour apporter son soutien aux SAAD en lien étroit avec l'ADF (voir p. 96).

4.3 Quelles réponses pour permettre le « vivre chez soi », — l'approche domiciliaire ?



Afin de garantir la pleine citoyenneté de la personne, il importe prioritairement de lui permettre de **vivre dans un cadre choisi par elle, protecteur de sa liberté, de ses droits.**

C'est tout le sens de l'aspiration de nos concitoyens à vivre leur avancée en âge chez eux.

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

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

Toutes les interventions des professionnels doivent s'inscrire en cohérence, en articulation et dans une logique domiciliaire qui respecte la liberté de choix et la singularité de la personne. Parce que ces interventions autour de la personne répondent à des mécanismes organisationnels, financiers et des logiques culturelles qui diffèrent selon les financeurs, décideurs, intervenants, cette approche domiciliaire n'est pas effective dans toutes

les composantes de la réponse. Il importe de **mieux utiliser les ressources en permettant la mise en cohérence des interventions de soins, d'aide et d'accompagnement, de soutien au logement et de présence sociale autour de la relation au chez-soi de la personne.**

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

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

Il s'agit de faire en sorte que les personnes qui résident dans un établissement se sentent bien et effectivement chez elles, et qu'il soit notamment reconnu qu'elles vivent

dans un domicile et non un quasi-domicile. Les normes qui leur sont applicables doivent être celles du droit commun : devenir celles du domicile.

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

Les actions de coordination et de prévention sont inscrites en cohérence et intégrées à chacune d'entre elles. Cette approche permet

de concevoir, d'adapter et d'organiser des réponses domiciliaires quel que soit le lieu de vie de la personne.

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

Appréhender les effets de noria que génère une approche plus large de la réponse permet de montrer de nouveaux équilibres et de faire des propositions afin d'identifier ce qui doit être financé par les solidarités ou non.

Cela permet également de déterminer quel régime doit être applicable selon la fonctionnalité de la réponse pour qu'elle s'inscrive dans une logique domiciliaire.

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

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

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



Mme Ramtohul : « Un peu perdue au début, je me suis habituée petit à petit à ma nouvelle chambre et j'ai repris goût à la vie. J'ai beaucoup de visites ; cela m'apporte beaucoup de joie (je suis très sociable !). Je reçois ma famille, mes amis et même d'anciens professionnels qui sont devenus des amis : je suis très bien entourée. Je vis dans mon univers, je suis heureuse... »

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

Orientation du conseil pour l'autonomie et le grand âge

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

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

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

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

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

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

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

Les méthodes et outils d'évaluation doivent également **faciliter la concertation interdisciplinaire et l'intégration des services autour de la personne**. Ils doivent assurer une meilleure cohérence et une meilleure articulation des réponses en logement, en soin, en aide et accompagnement, en présence sociale, quel que soit son lieu de vie. Cette évaluation et les préconisations en termes de soin, d'accompagnement, d'adaptation du logement ou encore d'aide technique ou de répit doivent pouvoir être indépendantes des sources et modalités de financement afin d'offrir aux personnes la possibilité d'un choix éclairé et exhaustif.

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

L'outil interRAI utilisé par les gestionnaires de cas pour conduire une évaluation multidimensionnelle à domicile ou encore le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) semblent s'inscrire en partie dans cette logique. Ils permettent de faciliter la concertation interdisciplinaire et l'intégration des services de soin et des services d'aide et d'accompagnement autour de la personne.

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

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

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

en compte les dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la réponse par la personne dans sa relation au chez-soi.

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

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

Les enjeux de solidarité et d'égalité des chances nécessitent que dans les méthodes d'évaluation soient attentivement pris en compte les déterminants territoriaux. C'est pourquoi chaque territoire doit pouvoir faire le choix de ses outils d'évaluation dès lors qu'ils permettent de prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne, du professionnel, de l'aïdant, et qu'ils s'inscrivent dans un cadre reconnu au niveau national. Cette méthode impose nécessairement de définir des référentiels et indicateurs nationaux communs co-construits avec les territoires et adaptables en fonction de ses spécificités.



Adel : « Les jeux vidéo me servent de refuge lorsque je suis seul dans mon logement. Ils me permettent également de pouvoir accueillir des amis chez moi, qui partagent la même passion, de passer un bon moment et de créer du lien avec les autres. »

Des outils méthodes et outils d'évaluation prenant en compte toutes les dimensions de la vie de la personne pour décloisonner les approches domicile/établissement – accompagnement des personnes âgées/personnes en situation de handicap

Déploiement du SMAF en région Nouvelle-Aquitaine et définition d'un référentiel d'évaluation de la qualité du service rendu aux personnes et aux professionnels

Le SMAF est une démarche qui permet l'évaluation des besoins des personnes âgées ou handicapées vivant à domicile ou en établissement. Ce système est actuellement l'outil officiel du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour l'évaluation des personnes âgées et/ou handicapées. « À l'origine, le SMAF a été conçu pour mesurer l'autonomie des personnes âgées dans toutes les sphères de leurs activités quotidiennes, en prenant en compte l'environnement de la personne, les ressources dont elle dispose et leur stabilité. Un score de handicap résulte de l'évaluation et il est établi selon l'autonomie de la personne et la présence de ressources adaptées à ses besoins. Le SMAF peut donc être utilisé pour déterminer le niveau d'autonomie, mais aussi pour indiquer aux intervenants les sphères qui demandent attention⁸. »

Afin de compléter la démarche SMAF pour qu'elle s'inscrive pleinement dans l'approche domiciliaire portée par le conseil de la CNSA et dans le cadre de son déploiement en région Nouvelle-Aquitaine, l'ARS, la ville de Bordeaux et les établissements préfigurateurs souhaitent expérimenter un référentiel d'évaluation de la qualité des services rendus à la personne quel que soit son lieu de vie avec comme fil rouge le « bien vivre chez soi ». Cet outil aurait également vocation à instaurer une véritable culture gérontologique globale du domicile à l'institution où le professionnel est positionné au bon endroit, au bon moment. Cette expérimentation aurait pour objet de définir un cadre commun et partagé sur un territoire donné, de repérer les déterminants spécifiques afin de reproduire l'action et d'identifier un cadre de référence et des indicateurs nationaux assurant la bonne prise en compte de toutes les dimensions du « bien vivre chez soi » de l'outil. Dans le cadre de sa mission d'orientation des politiques pour l'autonomie et parce qu'il réunit les parties prenantes, le conseil de la CNSA accompagne la définition de cette démarche et étudiera l'opportunité de cette expérimentation. Il apportera ses recommandations qu'il portera à connaissance.

8. <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-autonomie-pour-les-activites-quotidiennes/systeme-de-mesure-de-l-autonomie-fonctionnelle-smaf>.

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

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

Axés autour de trois éléments interdépendants du développement durable (la croissance économique, l'inclusion sociale et la protection de l'environnement),

ces objectifs sont applicables universellement et permettent la prise en compte des réalités, des capacités, des niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales. Ils ne sont pas indépendants les uns des autres.

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

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



Marina et Jordan : « En buvant un coup en ville, on se sent comme tout le monde. En faisant ces sorties, je ne me sens pas jugé par les autres. » (Jordan).

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

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

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

Orientations pour l'autonomie et le grand âge

Par son savoir expérientiel, la **personne contribue à la réponse qui lui convient à chaque étape de sa vie**, dans un objectif de stabilisation et d'harmonisation de sa situation personnelle. Elle doit pour cela bénéficier, en proximité, des services d'accès aux droits, à l'information et à l'accompagnement à l'autonomie.

Pluridisciplinaire et multidimensionnelle, l'évaluation des aspirations et besoins envisage tous les aspects de la situation de la personne : facteurs personnels et environnementaux, obstacles et facilitateurs aux activités et à la participation à la vie sociale. Elle tient compte du projet de vie de la personne et de son environnement, dans le cadre d'un dialogue avec elle, pour que puisse lui être proposé, dans le plan personnalisé de compensation, un accompagnement adapté.

Pour prendre en compte les dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la réponse par la personne, **l'étape de décision et de financement de la réponse à la personne, aux structures ou aux collectivités territoriales qui les accompagnent** doit également tenir compte des réalités, capacités, niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales.

Cette étape de décision et de financement doit également reconnaître et considérer toutes les actions des parties prenantes publiques et privées pour la prise en compte de l'avancée en âge, du handicap ou de la maladie dans une vision intégrée des stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement.

Sur ces fondements, le conseil préconise que soit défini, **par et pour les personnes concernées et leurs représentants, par et pour les territoires, un socle d'objectifs d'évaluation à atteindre adaptés aux réalités locales, dans une approche intégrée** permettant la prise en compte de l'avancée en âge et des situations de handicap dans toutes les stratégies qui luttent contre la pauvreté, qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement.

Pour connaître, anticiper les aspirations et besoins des personnes et articuler en ce sens l'action de l'État pour l'autonomie en proximité, ce socle national devra également permettre le recueil et le partage des informations liées entre l'État et les collectivités territoriales.

Ces objectifs doivent permettre **la pleine et entière prise en compte des dimensions psychologiques et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, biologiques du choix de la personne dans sa relation au chez-soi.**

Les étapes de décision, de contractualisation et de financement de la réponse tant à la personne, qu'aux structures ou aux collectivités territoriales qui les accompagnent doivent le permettre.

Cela suppose au préalable :

- d'organiser le *design* de l'information et de la réponse pour l'autonomie de la personne dans les territoires, dans sa relation au chez-soi ;
- d'identifier, de reconnaître et de coordonner les actions pour l'autonomie de la personne de chacune des parties prenantes publiques et privées.

Pour :

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



Albert Bouille : « Ce qui fait mon chez-moi, c'est elle. C'est ma femme. Elle vient à 14 heures tous les jours, il y a des rendez-vous plus importants que d'autres... et celui-là, je ne le manquerais pour rien au monde... »

“ C’est toute une histoire.

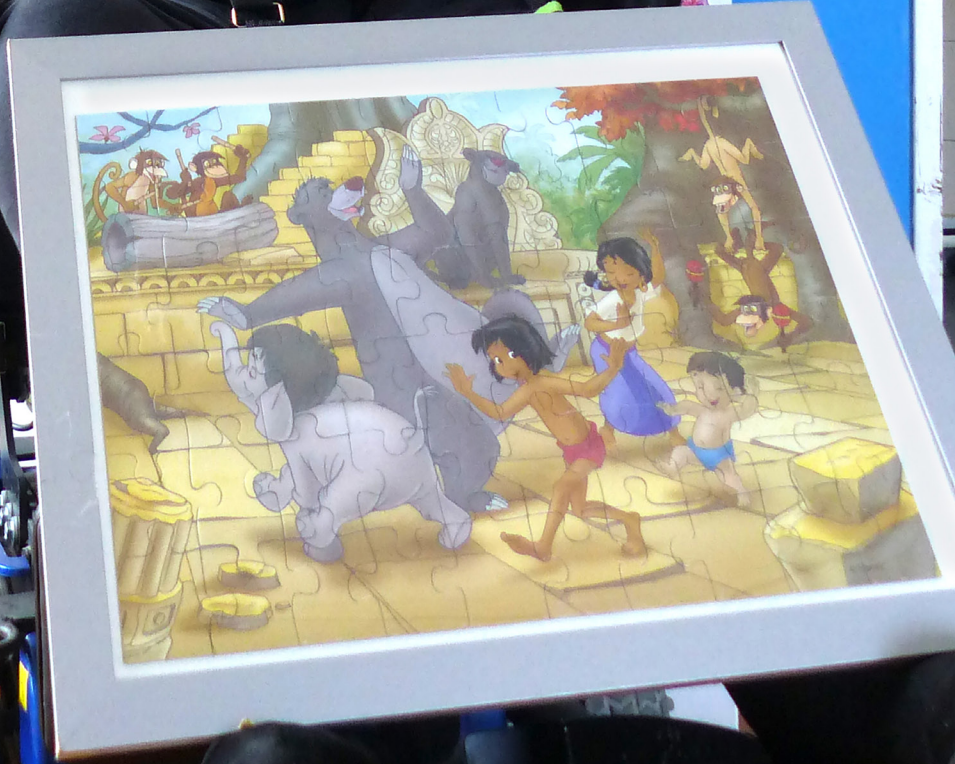
Mes peluches et poupées, c’est toute une histoire que je vous raconterai si je vous vois, surtout Nicolas !
J’aime faire des puzzles, dessiner et m’amuser dans ma chambre, mon univers. ”



Danielle

Danielle a 54 ans.

Elle vit à la résidence du Maine depuis dix-huit ans.



5. Clarifier, affirmer et — étendre la prestation de compensation du handicap

5.1 Quelques éléments de cadrage	68
5.1.1 Les principes	68
5.1.2 Le droit à compensation consacre une évolution de notre système de protection sociale	69
5. 2 Quelles avancées pour la PCH ?	71
5.2.1 Clarifier	71
5.2.2 Affirmer : par la personne, pour la personne, rien que la personne, toute la personne	71
5.2.3 Étendre	73

5. Clarifier, affirmer et étendre la prestation de compensation du handicap

Lors de sa séance d'avril 2019, le conseil a adopté sa contribution pour le chantier Autonomie – Grand Âge et s'est engagé à adjoindre au chapitre prospectif pour 2019 une contribution spécifique sur la prestation de compensation. Cette contribution a vocation à être apportée aux travaux préparatoires de la CNH.

La présentation ci-après reprend l'ensemble des points soumis à l'approbation du conseil

le 4 juillet 2019 : ils sont le fruit d'une concertation avec les parties prenantes et prennent en compte leurs contributions¹ propres.

L'approche et les recommandations du conseil de la CNSA pour traiter de la PCH et de ses souhaitables évolutions ont été évidemment construites en lien avec la démarche domiciliaire présentée dans le présent chapitre prospectif.

5.1 Quelques éléments de cadrage

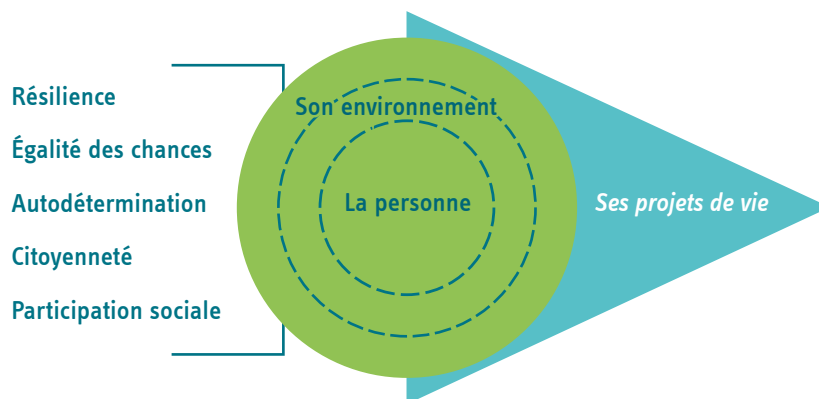
5.1.1 Les principes

Il est apparu utile aux membres du conseil que soient rappelés les principes qui fondent le droit à compensation en relevant sa complexité et les risques d'éloignement de l'esprit de la loi du 11 février 2015 qui le fonde.

- **Le concept de compensation** : l'idée même de compensation est une idée charnière ; elle est un point de jonction à la frontière du droit, de l'économie, des sciences et des sciences humaines.
 - La compensation interfère avec des notions d'échange, de justice, d'organisation, d'équilibre.
 - Compenser, c'est organiser et accompagner l'égalité des chances, non pas nier ou prétendre abolir les situations des personnes qui peuvent en bénéficier.
 - **Le droit à compensation** : il apparaît, dans le champ de la protection sociale, **comme un droit de et non plus comme un droit à**.
 - Le droit à compensation est un droit *ascendant* : une réponse à un besoin spécifique exprimé par la personne.
- Le droit à compensation est attaché à la personne².
 - Le droit à compensation est attaché à la personne, avec ses proches, dans son environnement.
 - Le droit à compensation se fonde sur une approche projective : « droit de... faire, réaliser, évoluer, choisir, former des projets. »
- « Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération **des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie**, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. » **Art. L. 114-1-1 CASF.**

1. « Contribution sur les aides techniques au GT CNH PCH », « Contribution au GTN CHN PCH », APF France Handicap, avril 2019, « Une adaptation de la PCH qui conditionne l'accès effectif à une société inclusive », UNAFAM, UNAPEI, SANTÉ MENTALE France.

2. Art. 11 de la loi du 11 février 2005 (retranscrit dans l'article L.114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles) : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

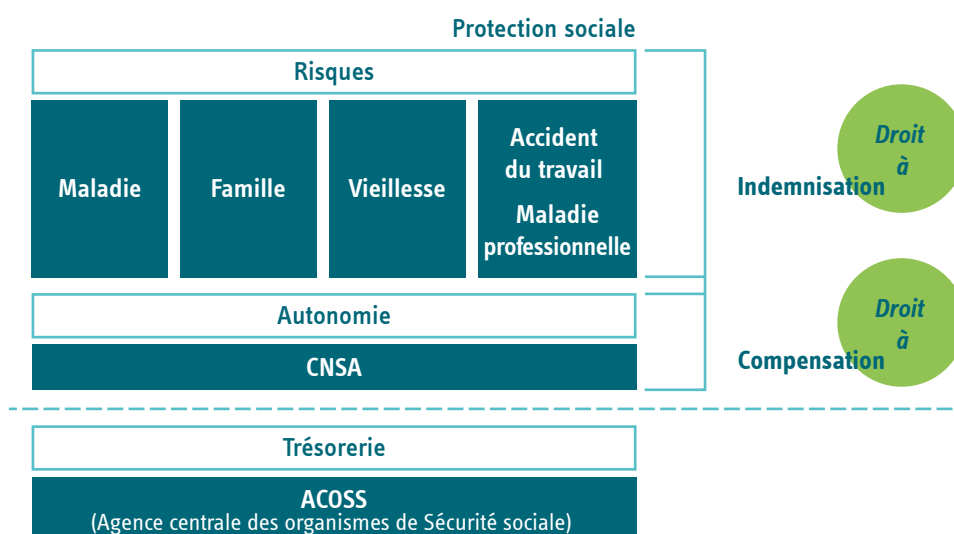


5.1.2 Le droit à compensation consacre une évolution de notre système de protection sociale

« Nous vivons dans une société avec des politiques publiques qui ont largement été pensées au sortir de la Seconde Guerre mondiale. La famille a changé, la manière de travailler a changé, nos organisations ont changé et nous ne l'avons pas totalement vu. » (Emmanuel Macron, 25 avril 2019).

Notre système de protection sociale, a été conçu pour faire face aux grands risques de l'après-guerre. C'est au début des années 2000 qu'est apparu, porté par un contexte international fécond, le droit à compensation comme fondement d'une politique pour l'autonomie.

« Il est institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui 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 territoire³. »





L'émergence du droit à compensation

22 janvier 2000 : recevant le président de l'Association des paralysés de France et le président de l'Association française contre les myopathies, Jacques Chirac, président de la République, souhaite la reconnaissance du « droit à compensation des déficiences et incapacités » et souligne la nécessité d'une meilleure scolarisation des enfants handicapés.

2002 : début des travaux d'actualisation de la loi de 1975 pour une mise en œuvre d'un droit à compensation.

14 juillet 2002 : lors d'un entretien télévisé, le président de la République, Jacques Chirac, annonce qu'il souhaite privilégier trois « grands chantiers » (lutte contre l'insécurité routière, insertion des personnes handicapées et lutte contre le cancer).

4 avril 2003 : ouverture des premiers États généraux de la citoyenneté des personnes handicapées à Paris.

6 novembre 2003 : Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, présente un plan de solidarité en faveur des personnes dépendantes, qu'elles soient âgées ou handicapées ; le plan prévoit une enveloppe de 9 milliards d'euros répartis sur quatre ans ; **il réaffirme le droit à compensation du handicap** et insiste sur le développement de l'autonomie personnelle par le maintien à domicile le plus longtemps possible.

1^{er} juin 2004 : présentation du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées ; ce projet institue **une « prestation de compensation » personnalisée.**

30 juin 2004 : promulgation de la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées portant création de la CNSA.

11 février 2005 : loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.



Siham : « Je peux me maquiller comme tout le monde, ça m'aide à me sentir belle. »

5.2 Quelles avancées pour la PCH ?

Le conseil a retenu trois priorités :

- clarifier : il s'agit de préciser la nature de la prestation de compensation du handicap afin d'éviter des glissements sémantiques et des interprétations erronées du droit à compensation ;
- affirmer : il s'agit de se référer à l'esprit de la loi et à la volonté du législateur ;
- étendre : il s'agit d'envisager les élargissements souhaitables du champ de la prestation de compensation.

5.2.1 Clarifier

Des allers-retours et des incertitudes sur la nature indemnitaire ou non de la PCH et de son caractère subsidiaire au regard des autres indemnités versées au titre du handicap ont conduit à des appréciations et à des positions divergentes selon les juridictions saisies et selon les parties en cause (fonds de garantie, assureurs, organismes de sécurité sociale...).

En tout état de cause, le conseil souligne qu'il importe de ne pas assimiler la compensation à la *réparation*.

Le droit à compensation est l'expression de la solidarité nationale. Il ne saurait emporter l'idée d'un préjudice à « réparer ». Il se fonde sur la reconnaissance de « besoins particuliers ou spécifiques » liés à une « situation de handicap ». Il se fixe « l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté » de la personne.

5.2.2 Affirmer : par la personne, pour la personne, rien que la personne, toute la personne

A. Les membres du conseil se réfèrent à l'esprit de la loi

Elle dispose que le droit à compensation procède de l'expression directe de « ses besoins et de ses aspirations tels qu'ils sont

exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même. »

Article 11 du Code de l'action sociale et des familles

Après l'article L. 114-1 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 114-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-1-1. – La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. (...) »

Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »



Philippe Cochinaire : « Sur la photo, je suis à l'intérieur, tout en ayant l'impression de "m'extérioriser" avec mon reflet. Pour donner cette impression, il fallait voir l'intérieur et l'extérieur en même temps et moi en double. »

B. Le droit à compensation est associé à la reconnaissance du rôle et de la place pleine et entière de la personne dans la société.

Au contact d'autres personnes, d'autres générations, dans le respect de sa singularité et donc de ses différences, la personne doit ainsi :

- être écoutée et entendue ;
- être partie prenante de l'évaluation de sa situation ;
- participer à la décision ;
- exprimer ses choix à *chaque instant* de sa vie quel que soit son lieu de vie, son niveau de vie, par soi-même ou en y étant accompagnée et/ou aidée ;
- voir reconnus sa capacité, ses modes d'expressions préférentiels.

Article 19 – Autonomie de vie et inclusion dans la société

Convention relative aux droits des personnes handicapées, Organisation des Nations unies, 2008.

« Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :

- a. les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre, et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier ;
- b. les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation ;
- c. les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins. »

5.2.3 Étendre

Le conseil, par sa contribution, précise la nature des développements et extensions à apporter à la prestation de compensation du handicap.

A. Extension horizontale

L'âge et la situation de handicap ne sont pas le point d'entrée de la politique de l'autonomie :

- pour des raisons d'équité, de justice, de bon sens : il n'est pas possible de maintenir de critère d'âge dans les politiques de l'autonomie ;
- il convient donc d'aborder résolument la **question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence » et de la complétude des prestations actuelles** selon une approche

domiciliaire qui part de l'évaluation de la situation de la personne et prend en compte toutes les dimensions de sa vie ;

- la personne, citoyen à part entière, quel que soit son âge, sa situation de handicap, sa situation de santé, quel que soit l'endroit où elle vit, interroge le système de protection sociale pour obtenir des réponses à ses attentes ;
- le droit à compensation en est l'un des fondements.

PCH enfant et convergence personnes âgées / personnes handicapées

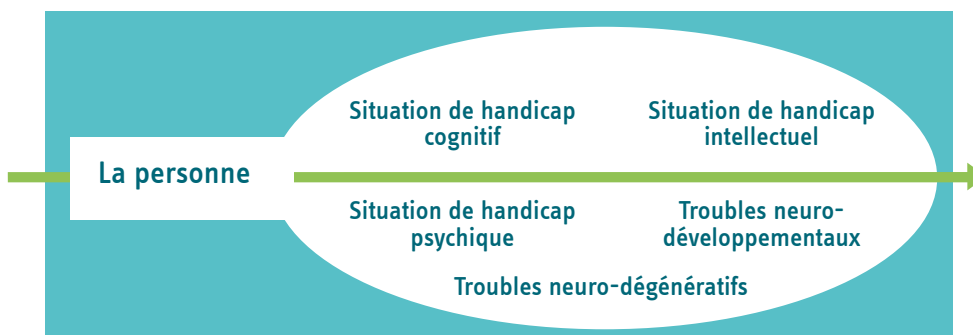


La prestation est inadaptée aux besoins des personnes en situation de handicap psychique, mental, cognitif, neuro-développemental, neuro-dégénératif :

- les critères d'éligibilité de la PCH sont déconnectés de la situation effective de la personne ;

- une approche par actes avec des calculs d'aide minutés est inadaptée aux besoins de ces personnes ;
- des réponses figées et non modulables ne permettent pas l'effectivité de la compensation.

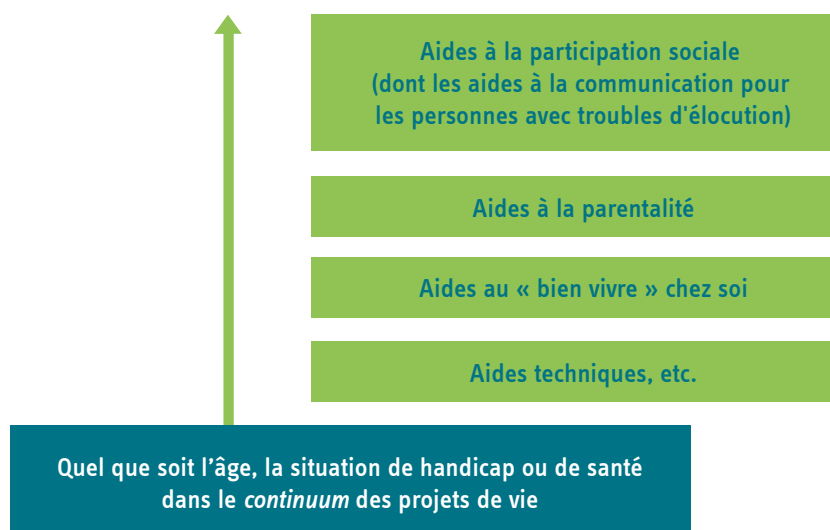
Adaptation et redéfinition des critères d'éligibilité



B. Extension verticale

La prestation de compensation doit prendre en compte les aspirations et les besoins de la personne dans toutes les dimensions

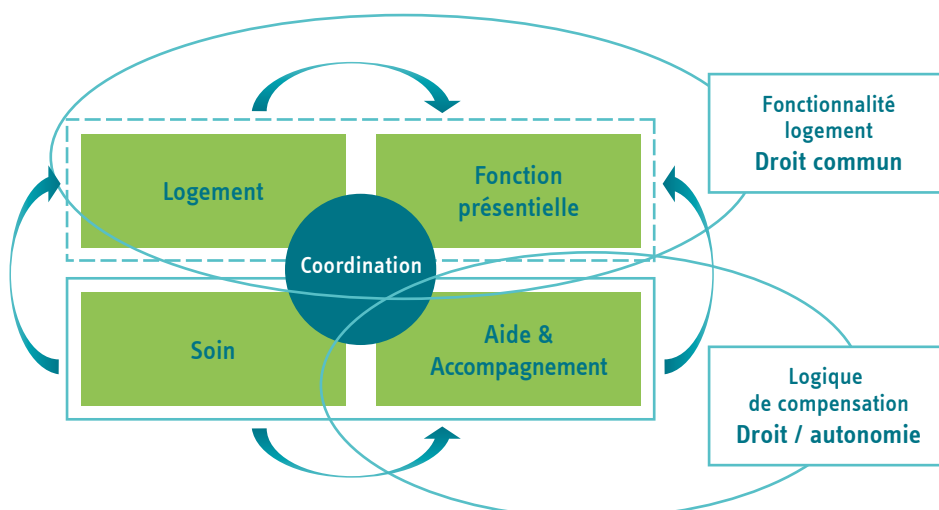
de sa vie, selon ses projets et ses choix, dans une démarche d'autodétermination.



C. La question particulière de la « mutualisation »

Le conseil se réfère à l'esprit de la loi qui lie le droit à compensation à la personne. La notion de mutualisation est à cet égard contradictoire. Reconnaître le besoin de réponses mutualisées (surveillance) ou d'interventions partagées (aide à domicile) n'emporte pas, aux yeux du conseil, le principe de mutualisation de la PCH.

Le conseil souhaite que les besoins de financement spécifiques des réponses mutualisées relèvent de financements de droit commun. Cela lui semble devoir être le cas en particulier, dans le champ des aides au logement, pour ce qui concerne l'habitat partagé et l'habitat inclusif.



D. Financement de la PCH ?

Le conseil insiste sur la nécessité de :

- mettre en œuvre des mesures d'impact et des besoins de financement sur la mise en œuvre et les extensions de la PCH ;
- réaffirmer les principes de financement à la personne.

Le chapitre prospectif n° 3 portera sur la question des financements des politiques de l'autonomie.



André Bryssinckx avec Laurent Bultez et Olivier Gadeyne (photo : Jean-Michel Mehl) :

« Je me sens bien à l'accueil de jour Couleurs et création à la Gabrielle.

Ici, c'est un peu comme une famille, Jean-Michel, Annie, Fabienne et bien d'autres, je les connais d'ailleurs, on a travaillé ensemble et on se retrouve.

Mais on peut regarder dans plusieurs directions, comme sur la photo où nous sommes trois personnes.

Moi je regarde devant moi, là où Jean-Michel prend la photo, et les autres regardent ailleurs.

Chacun son chemin, son choix de vie. Je veux continuer à regarder devant moi, j'ai encore plusieurs années, je veux décider de ma vie et rester à l'AJCC. »

“ Je suis un amateur de café.

J'aime en boire et en offrir.
Je trouve ça convivial d'inviter un autre résident
à boire un café chez moi. ”

Nabil Arfaoui

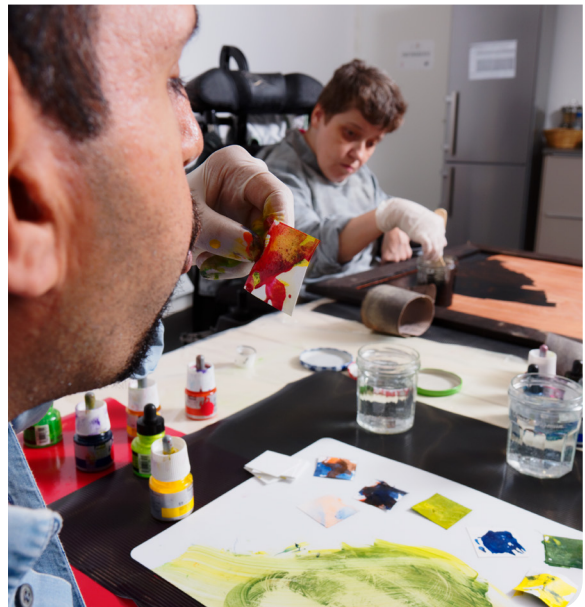
Nabil Arfaoui est né en 1985.

Il est arrivé au foyer Jean-Marsaudon en 2006, puis il a emménagé aux Z'apparts à l'ouverture du foyer en 2017. Pour rien au monde il n'irait habiter ailleurs.



“ Les activités artistiques
me plaisent beaucoup.

Cela me permet de me concentrer et de ne penser à rien
d'autre. J'aime faire travailler mon imagination. ”



“ J'aime écrire et dessiner
sur mon cahier.

Cela me détend et ça m'aide. ”



6. Quels besoins — et quels modes de financement ?

6.1 Les enjeux du financement de la protection sociale pour accompagner la transition démographique et l'avancée en âge	81
6.2 Les quatre grands agrégats correspondant aux quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge	82
6.3 Des propositions approfondies sur la nature et l'origine des financements	85

6. Quels besoins et quels modes de financement ?

Les politiques pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap relèvent d'une responsabilité et d'un financement partagés. Chefs de file de l'action sociale territoriale, les départements mobilisent des financements significatifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes (29 % de l'ensemble des dépenses publiques) et handicapées (16 %)¹. Les politiques pour l'autonomie sont également mises en œuvre par les organismes de Sécurité sociale, l'État, les métropoles, les communes et les intercommunalités. De nombreuses actions pour l'autonomie sont également proposées et financées par d'autres opérateurs publics et privés. Il est de ce fait particulièrement complexe de mesurer avec précision ce que représentent les dépenses pour l'autonomie en France et pour chaque territoire. Enfin, une très grande hétérogénéité de la répartition géographique des bénéficiaires et des dépenses d'aide sociale par habitant subsiste, voire se renforce, selon le secteur d'aide considérée.

Les communes et leurs établissements publics de coopération intercommunale mettent en œuvre des actions sociales obligatoires. Elles peuvent également exercer une partie ou la totalité des compétences sociales départementales dans le cadre d'une convention conclue avec le département. Dans ce cas, la délégation de compétence prévoit les conditions dans lesquelles les services du département sont mis à la disposition de la commune. Une sur 10 (soit 50 % de la population) – majoritairement les communes grandes et moyennes – se voit ainsi déléguer des compétences départementales, le plus souvent pour la gestion des demandes d'APA.

Plus la commune est grande, plus les prestations d'action sociale offertes sont nombreuses. Les communes peuvent elles aussi déléguer des compétences aux intercommunalités. Ces délégations de compétences renforcent à nos yeux l'enjeu des fonctions agenciées assurées notamment par le département. Cette *responsabilité* agenciée est d'autant plus nécessaire dans un contexte de fortes disparités territoriales, renforcées par la très grande diversité de l'offre de services proposée par les grandes communes ou les intercommunalités importantes qui s'en sont vu déléguer les compétences².

Les politiques pour l'autonomie constituent un **investissement social qui mobilise et intéresse chaque citoyen**.

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

1. Données : programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

2. « L'aide et l'action sociale en France », DREES, 2018.



Maxime Schwartz : « Le conservatoire dans lequel j'apprends le piano, m'a gracieusement prêté un synthétiseur... j'utilise un casque pour ne pas déranger mes voisins. »

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

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

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

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

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

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

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

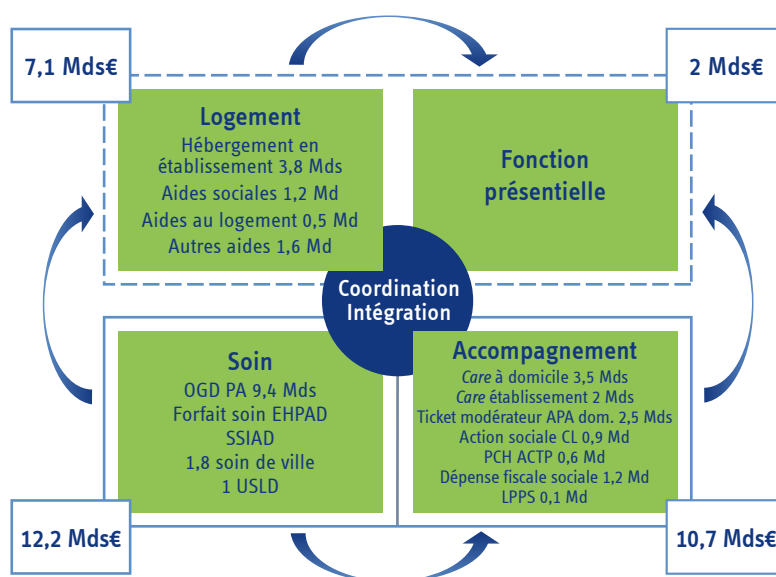
La fonction présentielle demeure, à ce stade, largement impensée par le système actuel, comme le montrent les modèles de tarification. **L'article 129** de la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) précisant le régime de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées **l'aborde timidement au travers du forfait autonomie**³. Ces dispositions sont insérées au sein du CASF.

Le conseil a engagé ses travaux sur le financement par une réflexion sur **les quatre grands agrégats qui correspondent aux quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge** présentées plus haut⁴.

On peut ainsi identifier **les différents niveaux de contribution actuelle**⁵ au financement de chacune des quatre fonctions :

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

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



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

4. Voir « L'approche domiciliaire : quatre composantes », p. 50.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces différents éléments seront développés et approfondis dans le chapitre prospectif 2020.



Maxime Schwartz : « Je suis le photographe du foyer, rien ne m'échappe. Je me sers de mes photos pour immortaliser des moments importants. »

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

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

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

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

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

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

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



Tony Rodriguez : « Tous les soirs, je prépare mes affaires pour le lendemain. Cela me permet de choisir mes vêtements. »

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

Ces propositions devront se fonder sur les éléments suivants :

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

Orientations du conseil pour l'autonomie et le grand âge

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

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

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

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

- > un *design* simple de l'accès à la réponse pour l'autonomie de la personne et à son financement ;
- > la prise en compte des réalités, des actions des parties prenantes locales pour l'autonomie ;
- > la mise en complémentarité des

financements pour l'autonomie : mutualisation des financements publics d'une part et publics/privés d'autre part ;

- > l'organisation d'un financement garantissant l'existence d'une offre de services de qualité à la fois homogène et territorialisée permettant à chaque personne un exercice réel de ses droits et de sa pleine et entière citoyenneté ;
- > le financement de la coordination et de la prévention (inscrites en complémentarité et intégrées à chacune des composantes).

Lucette Lelong

Lucette Lelong est née le 15 novembre 1938.

Elle est arrivée à la résidence Le Rivage en 2012 et s'est très bien intégrée. Elle considère le personnel et les autres résidents comme sa famille.



“J’adore tricoter.

Je fais également de la couture.
Je dépanne également les autres résidents
quand ils ont besoin d’un ourlet
ou de faire recoudre un bouton.”





7. Une méthode de transition

7.1 Piloter, soutenir et évaluer la transition	90
7.2 Estimer et financer les coûts de la transition	91

7. Une méthode de transition

La transition vers un modèle personnaliste, de proximité et solidaire nécessite des investissements afin d'accompagner les parties prenantes dans cette évolution en leur laissant de réelles marges de manœuvre

pour **construire, sur les territoires, à partir de l'existant, avec et pour les parties prenantes concernées, le modèle qui sera pertinent demain.**

Certains principes doivent être respectés :

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

7.1 Piloter, soutenir et évaluer la transition

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

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

Il s'agit **d'être en mesure d'accompagner des territoires qui nécessiteraient une**

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

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

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

7.2 Estimer et financer les coûts de la transition

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

- Structurer un **fonds d'appui et d'accompagnement à la transformation 2019-2022**, destiné aux parties prenantes dont l'action est structurante pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap dans les territoires, en complément des ressources mobilisables sur le territoire :
 - réparti équitablement en fonction des besoins et des contextes des territoires sur la base de critères votés par le conseil de la CNSA, sur le modèle de la répartition de la section 1 du budget de la CNSA ;
 - réparti en fonction des objectifs fixés par le conseil de la CNSA dans le cadre des espaces de dialogue et de consensus dans les territoires, à partir des diagnostics décloisonnés partagés.
- **Soutenir le rôle d'animation de réseaux des organisations nationales** en mettant en place ou en recentrant les programmes de modernisation pour appuyer plus

fortement l'animation de la transformation dans chaque réseau (dans le cadre d'un conventionnement avec la CNSA).

- **Identifier et organiser le financement partagé des fonds d'urgence nécessaires à destination des établissements et services** afin qu'ils intègrent pleinement des approches domiciliaires et ne pas supprimer ou fragiliser une réponse sans vérifier son évolution possible ou qu'une réponse répondant davantage aux attentes et besoins des personnes a bien été mise en place.
- Mettre en place une **stratégie nationale décloisonnée et partagée de la transformation numérique dans le secteur social et médico-social** comprenant un plan de modernisation des systèmes d'information et du parc informatique des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Ouvrir des dérogations réglementaires et administratives permettant l'expérimentation d'une réponse et **consacrer ainsi un droit à l'erreur**, ouvrir la possibilité de revenir sur une expérimentation, sur une décision, sur un choix.



Béatrice Picard : retraitée, elle participe bénévolement aux ateliers de tests de documents en facile à lire et à comprendre organisés à la CNSA depuis 2015. Béatrice pratique le théâtre.

“ J’aime les gens ; je trouve les gens prodigieux !

Il faut aimer d’amour sincère. Trop de personnes ont dit
« je t’aime » et à force de le dire ils ne le croyaient plus.
Moi, je continue d’aimer en profondeur ;
j’aime tellement les autres... Je n’aime pas vanter
quelqu’un qui se croit supérieur aux autres,
mais ce n’est pas de leur faute, c’est parce qu’on leur a
enseigné cela. Ils ne savent pas ce qu’ils possèdent en eux ;
je crois beaucoup en la vie. ”

Jean-Pascal Doinet

Jean-Pascal Doinet est né en 1928.

Il a travaillé de nombreuses années
dans une école en tant qu’instituteur.
Il a longtemps vécu à la campagne
dans une maison avec jardin.

Il vit à la résidence Alquier-Debrousse,
Paris XX^e depuis plusieurs années.





8. Action du conseil pour soutenir — l'aide et l'accompagnement à domicile

8.1 Les déterminants de la situation économique et sociale des SAAD : sortir de l'ambiguïté	98
8.2 Reconnaître le rôle effectif des SAAD pour soutenir le « bien vivre chez soi »	99
8.3 Les SAAD sont des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) précurseurs dans l'approche domiciliaire	101
8.4 Les prérequis et leviers pour permettre aux SAAD de s'inscrire et de soutenir la transition vers le « bien vivre chez soi »	102
8.4.1 Des actions à poursuivre et à inscrire en cohérence pour permettre la transition	102
8.4.2 Une méthode	102
8.4.3 Des principes directeurs pour permettre la transition	102
8.5 Le conseil de la CNSA s'engage dans une stratégie résolue de soutien au secteur de l'aide à domicile et dans la définition d'un plan d'actions où chacune des parties prenantes réunies en son sein apportera sa contribution	103

8. Action du conseil pour soutenir l'aide et l'accompagnement à domicile

L'approche domiciliaire portée par le conseil de la CNSA ne peut être mise en œuvre que si une stratégie résolue de soutien au secteur de l'aide à domicile est adoptée à court terme.

Elle doit comporter une **refonte du financement et de la tarification des services mais, au-delà, elle doit porter un projet offensif et ambitieux pour ce secteur clé.**

C'est pourquoi le conseil de la CNSA a souhaité initier une réflexion large et partagée pour apporter son soutien aux SAAD. L'engagement de l'ADF à cette démarche a été présenté lors de la séance du 4 juillet 2019.

À l'issue d'une première réunion de consultation, d'échanges de vue et de réflexion, une méthode a été identifiée par un premier groupe de travail.

Elle se fixe deux objectifs complémentaires à mettre en œuvre simultanément :

- améliorer la situation des SAAD à court et moyen terme en adaptant **la méthode et les modalités d'allocation des fonds de soutien** afin qu'ils puissent s'inscrire dans une démarche globale et durable de transformation, sur une pluriannualité et soutenir la transition vers le « bien vivre chez soi » ;
- Engager une démarche d'ampleur pour soutenir les SAAD et plus largement le secteur économique et social du domicile, dans l'esprit de la contribution du conseil de la CNSA au chantier Autonomie – Grand Âge.

La présente contribution issue de ces travaux a été adoptée le 4 juillet 2019 par le conseil de la CNSA. Elle présente une **vision, une stratégie et une méthode partagée de soutien au secteur de l'aide à domicile.**

La méthode retenue par les membres du conseil présente trois étapes complémentaires et solidaires.



M. Guirande : « On parle, on rit. »

AXE 1 : UNE COOPÉRATION ENTRE L'ADF ET LA CNSA

Dans une logique de co-responsabilité, le conseil de la CNSA a engagé des travaux avec l'ADF.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre des orientations de la contribution pour l'Autonomie et le Grand Âge votée au mois d'avril par le conseil de la CNSA et **en cohérence avec les travaux liés aux conventionnements nouvelle génération menés par la CNSA avec les départements.**

Elle s'organise autour d'un co-pilotage des travaux de soutien aux SAAD par l'ADF, des représentants du secteur et par le conseil de la CNSA.

Elle reconnaît et intègre la place de chacune des parties prenantes des politiques pour l'autonomie à tous niveaux.

AXE 2 : RESITUER LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DU SECTEUR DU DOMICILE

Le conseil a ainsi souhaité engager une démarche de plaidoyer destinée à **resituer les enjeux économiques et sociaux du secteur du domicile** dans le contexte de la transition démographique et des transitions économiques qui affectent les territoires et les acteurs publics et privés.

Il lui a semblé nécessaire de se pencher sur **les évolutions récentes et en cours du secteur du domicile** : il constate que de nouveaux entrants offrent des services similaires, connexes ou complémentaires. Certains modèles économiques sont adossés à d'autres structures et ne sont donc pas soumis aux mêmes contraintes.

La situation économique des SAAD est caractérisée par une **concurrence forte**. Leur action s'inscrit dans un contexte d'évolution des aspirations, des attentes et donc des besoins des personnes à qui ils apportent des réponses.

C'est pourquoi le conseil a souhaité analyser et objectiver la situation économique et sociale du *secteur du domicile* (au sens large) en prenant notamment en compte :

- les enjeux du « bien vivre chez soi » quel que soit son âge, sa situation de handicap, de maladie, son niveau et son lieu de vie ;
- la formation des coûts et modèle économique autour des composantes de la réponse ;
- la prospective du modèle économique ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- la masse salariale ;
- les risques psychosociaux ;
- les enjeux liés au bien-être, à la santé et à la qualité de vie au travail.

Le conseil a également souhaité identifier les opportunités et leviers que pourrait susciter la mise en place de nouveaux partenariats susceptibles d'apporter une évolution du modèle économique du secteur du domicile :

- par leur impact politique et stratégique :
 - partenariats institutionnels / Caisse des dépôts et consignations (CDC) ;
 - interministérialité ;
- par leur impact économique et organisationnel :
 - partenariats sectoriels / opérateurs privés et publics.

AXE 3 : QUELLE SOLVABILISATION DE LA DEMANDE ?

La question de la solvabilisation de la demande sera développée dans le cadre

du troisième chapitre de la démarche prospective 2018-2020 du conseil de la CNSA.

8.1 Les déterminants de la situation économique et sociale — des SAAD : sortir de l'ambiguïté

Une ambiguïté persiste sur le rôle, la mission et l'impact des SAAD dans les politiques pour l'autonomie.

Ces dernières années, le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile a connu des avancées. Les SAAD qui accompagnent aussi les personnes en situation de handicap sont désormais pris en compte dans les différents chantiers liés. Les fédérations, associations et unions qui les représentent sont notamment associées aux travaux de SERAFIN-PH comme la secrétaire d'État Sophie Cluzel s'y était engagée. Ils contribuent aussi à la préparation de la Conférence nationale du handicap sur la PCH. Des conventionnements de la CNSA avec les têtes de réseaux et les départements permettent également d'accompagner la modernisation, la professionnalisation et l'adaptation des SAAD.

Beaucoup d'hésitations subsistent cependant, et leur place reste incertaine. Le cloisonnement des réflexions et des mesures prises pour faire face aux besoins de professionnalisation et d'adaptation des services à domicile se constate à tous les niveaux : entre l'aide et le soin, entre le domicile et l'établissement, entre les personnes en situation de handicap et les personnes qui avancent en âge.

Il ne permet pas l'intégration et la mise en cohérence des réponses qui soutiennent l'autonomie des personnes qui avancent en âge ou en situation de handicap.

De surcroît, les décrets successifs destinés à organiser l'allocation des financements des fonds de restructuration ou d'appui ont conduit à une répartition uniforme et purement arithmétique des financements aux conseils départementaux, sans aucune corrélation à des critères d'urgence, de pertinence des modèles et des organisations bénéficiaires, et sans aucun droit de regard des parties prenantes.

Ils exposent aussi les collectivités territoriales à de nouvelles tensions paradoxales entre contentions des budgets de fonctionnement et besoins de ressources nouvelles pour les politiques de l'autonomie.

Ces inquiétudes sont d'autant plus vives que la mise en place et le déploiement de fonds d'appui ou de restructuration ponctuels ne sauraient en aucun cas suffire à traiter la question structurelle du secteur. **Faute d'aborder de façon volontariste le soutien au secteur des SAAD, le risque de non-soutenabilité économique et sociale des structures est croissant.**

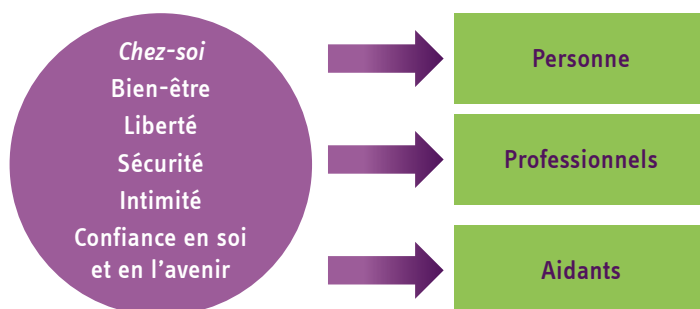


Marina :

« En faisant les choses par moi-même je me sens bien, je me sens libre et je peux prouver à mes proches que je peux me débrouiller et faire seule. Je me sens comme tout le monde et je peux faire comme tout le monde. »

8.2 Reconnaître le rôle effectif des SAAD pour soutenir le « bien vivre chez soi »

Les SAAD doivent pouvoir assurer une **qualité de vie** à la personne accompagnée, à ses aidants, et une **qualité de vie au travail** aux professionnels et aux aidants dans toutes les dimensions de l'approche domiciliaire **pour la personne, chez elle**.



Les SAAD assurent **des missions effectives non reconnues par la loi¹ qui contribuent à l'expression de la pleine et entière citoyenneté de la personne chez elle**.

Les SAAD sont les piliers irremplaçables du « vivre chez soi ». Ils accompagnent la personne quel que soit l'endroit où elle vit, quel que soit son niveau de vie et selon une approche qui tient de tous les choix de la personne dans son acception personnelle du « vivre chez soi » : dimensions psychologiques, et psychosociales, sociales, matérielles, spatio-temporelles, économiques, sanitaires.

Les SAAD sont des parties prenantes du premier recours. En lien avec les aidants, ils garantissent l'accès et la continuité des soins nécessaires en veillant notamment à ce que le médecin généraliste soit sollicité au bon moment, sans retard et en opportunité. Ces missions de santé assurées souvent, au quotidien, par les services à domicile et les aidants, doivent désormais être reconnues. Des délégations de tâches devront pour cela être envisagées et évaluées. On sait bien que de nombreux freins à la reconnaissance du rôle, de la place et du degré de délégation

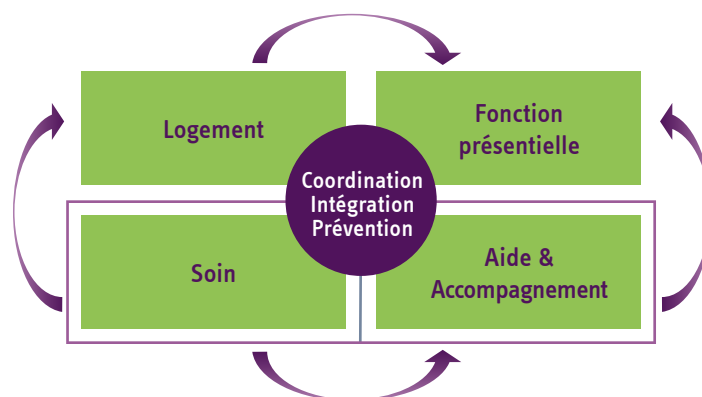
de tâches des infirmières de pratiques avancées au domicile subsistent encore. Ils ont également un rôle de prévention et d'alerte pour les aidants.

Les SAAD ont un premier regard pour prévenir et sensibiliser aux besoins d'adaptation du logement des personnes dans une logique de développement durable (économie, écologie...).

Les SAAD assurent aussi une fonction de présence sociale auprès des personnes. Ils soutiennent la fonction préventive. Avec les aidants, ils assurent l'accompagnement de la personne dans toutes les activités essentielles de sa vie, les relations sociales, les loisirs, le tourisme, le bien-être, la spiritualité, etc. Ce rôle doit être reconnu dans toute sa diversité pour dépasser la notion étroite et inappropriée d'aide-ménagère.

Les SAAD soutiennent chacune des composantes de la réponse à la personne, à l'aidant et aux professionnels qui l'accompagnent.

1. Art. D. 312-6 et s. CASF.



Reconnaître leur rôle c'est donc aussi reconnaître l'impact de leur action pour les politiques pour l'autonomie et pour d'autres politiques et actions qui concourent au « bien vivre chez soi » de chaque personne, en particulier dans les domaines suivants :

- > **santé** (prévention et continuité du parcours) : repérage, accès et continuité des soins, alerte auprès du médecin traitant au bon moment (pour la personne et pour l'aidant) ;
- > **dynamique de l'emploi et de la formation** : difficultés de recrutement, soutien aux aidants ;
- > **réponse accompagnée pour tous / transformation de l'offre médico-sociale : pour une société inclusive** / place des SAAD pour accompagner les personnes en situation de handicap qui le souhaitent ;
- > **numérique/systèmes d'information** : lutte contre la fracture numérique des personnes accompagnées et des personnels² ;
- > **solidarités** : soutien à la fonction présentielle (au lien social), aidants, **lutte contre la pauvreté, famille** ;
- > **logement** : repérage, adaptation du logement, orientation vers des solutions alternatives ;
- > **développement durable / écologie** : repérage des besoins adaptation du logement dans une logique de développement durable ;
- > **économie** : vitalité économique des territoires et des bassins d'emploi...
- > **égalité femme/homme** ;
- > **le rôle des SAAD pour soutenir la transition de notre modèle.**



M. Valette :

« Un endroit convivial où tout le monde se dit "coucou". »

2. Les rendez-vous du domicile UNA-Nexem, communication de Pierre Mazet, chercheur à l'Observatoire des non-recours aux droits et services.

8.3 Les SAAD sont des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) précurseurs dans l'approche domiciliaire

Par la mutualisation et la coordination, les SAAD, les SSIAD et les SPASAD sont des pôles ressources. Ils offrent « un accompagnement renforcé au domicile », issu d'une coopération à « positionnement égal » entre acteurs du domicile, les établissements, notamment les EHPAD, et les hôpitaux.

Ils soutiennent la transition selon une approche domiciliaire dans toutes les dimensions de la relation au chez-soi de la personne, du professionnel et des aidants (modèle, formation des professionnels des ESMS, outils...).

Ils ont acquis des savoir-faire et une expérience fondatrice pour l'évolution des métiers du soin et de l'accompagnement de nos concitoyens qui avancent en âge, vivent avec un handicap ou avec une pathologie au long cours. La mission « Métiers du grand âge » confiée à **Myriam El Khomri** par la ministre des Solidarités et de la Santé sera décisive en ce qu'elle permettra la reconnaissance de la contribution particulière et structurante des métiers du domicile.

Les services et les établissements d'aide et d'accompagnement devront, pour faire face à l'avancée en âge et soutenir le « bien vivre chez soi », être en capacité de recruter des salariés dont le nombre et la qualification répondent à des attentes et à des besoins émergents, spécifiques à la situation de chaque personne, sur tous les territoires.

Il s'agit aussi de **s'attacher à prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne, mais aussi du professionnel qui l'accompagne et de ses aidants pour que chacun vive bien chez lui, évolue et se transforme**. Une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences fondée sur les enjeux de transformation de nos réponses pour le bien-être, la sécurité et l'autonomie de la personne, de l'aidant et du professionnel, est notamment indispensable.

Toutefois, ces besoins de recrutement ne peuvent et ne pourront être satisfaits, à modèle constant des services et des établissements d'aide et d'accompagnement.

Les SAAD s'inscrivent dans toutes les transformations en cours.



Ils doivent pouvoir éclairer, soutenir et être pris en compte dans tous les processus de transformation.



Le conseil propose que soit définie une **stratégie globale, partagée et durable de soutien aux SAAD, intégrée à l'ensemble des processus de transformation en cours**.

8.4 Les prérequis et leviers pour permettre aux SAAD de s'inscrire et de soutenir la transition vers le « bien vivre chez soi »

8.4.1 Des actions à poursuivre et à inscrire en cohérence pour permettre la transition

Des actions sont d'ores et déjà menées ou identifiées par les parties prenantes pour permettre la transition. À titre d'exemples :

- développer et renforcer les partenariats entre les parties prenantes pour soutenir la transformation de l'offre médico-sociale dans les territoires ;
- **accompagner la transformation dans les territoires, pour l'intégration des SAAD, SSIAD, SPASAD**, engager des travaux pour affirmer et reconnaître le positionnement des SAAD en tant que parties prenantes du premier recours (exemples : travaux en cours à la FEHAP, département du Val-de-Marne, ADMR...) ;
- **modéliser le schéma cible d'organisation pour une réponse** d'« accompagnement renforcé au domicile » issue d'une coopération à « positionnement égal » entre les acteurs du domicile, les EHPAD et les hôpitaux du territoire afin d'offrir aux personnes accompagnées un panier complet de services et d'accompagnements (exemples : travaux de l'ADMR en cours) ;
- poursuivre la collecte des données d'analyse des coûts (outil ARGOS) ;
- développer des outils de suivi des indicateurs RH dans les réseaux ;
- identifier des seuils de rentabilité sur la base d'hypothèses de niveau de productivité ;
- des niveaux de qualification pertinents au regard des publics accompagnés ;
- réviser les emplois repères de la convention collective de la branche aide à domicile (CCBAD) ;
- repérer et capitaliser les actions innovantes d'organisation du travail.

8.4.2 Une méthode

Aussi, afin de permettre la transition à court et moyen terme, il s'agit de :

- **accepter et reconnaître** le rôle des services d'aide, d'accompagnement et de soin à domicile ;
- définir une **vision et une stratégie de transition globale, partagée et durable** qui reconnaît le rôle et les missions effectives des SAAD ;
- définir des indicateurs permettant l'évaluation en continu de l'impact des mesures et des actions pour le « bien vivre chez soi », permettant la prise en compte des diversités et contraintes locales ;
- adapter la méthode et les modalités d'allocation des fonds de soutien aux SAAD afin qu'ils puissent s'inscrire dans une démarche globale et durable de transformation, sur une pluri-annualité et soutenir la transition ;
- réformer le financement des SAAD : permettre la prise en compte des missions et contraintes effectives ;
- engager des actions volontaristes pour l'attractivité du secteur : rémunérations des professionnels, mobilité, politique de ressources humaines (formation, qualification, bien-être, qualité de vie au travail, faire évoluer les métiers) ;
- identifier les partenariats publics et privés pour faire évoluer le modèle économique et social du domicile.

8.4.3 Des principes directeurs pour permettre la transition

Certains principes directeurs devront être respectés :

- reconnaître et intégrer la place et le rôle réels de chacune des parties prenantes qui apporte son soutien aux politiques pour l'autonomie (qui soutient une ou plusieurs composantes de la réponse pour le « bien vivre chez soi ») ;
- créer un ancrage territorial favorisant la proximité et la réactivité ;
- favoriser des mutualisations et une intégration des actions à tous niveaux (hyper-proximité, local, territorial, régional, national) ;
- coordonner et intégrer les actions pour le bien-être des personnes chez elles, celui des aidants et des professionnels ;
- prendre en compte les spécificités locales objectivées ;
- éviter l'insécurité réglementaire et fiscale qui ne permet pas d'inscrire le modèle économique ou une expérimentation dans la durée.

8.5 Le conseil de la CNSA s'engage dans une stratégie résolue de soutien au secteur de l'aide à domicile et dans la définition d'un plan d'actions où chacune des parties prenantes réunies en son sein apportera sa contribution

Cette méthode de soutien au secteur de l'aide à domicile que le conseil appelle de ses vœux suppose de prévoir l'accompagnement et le financement de la transition en développant **des actions, des outils et des modalités d'allocation des ressources souples par l'association des parties prenantes**. Ils devront permettre l'inscription sur la durée et la mise en cohérence des actions de soutien de l'aide à domicile et de leur financement.

Il préconise en ce sens :

- la mise en place d'un **fonds d'appui pluriannuel à la transformation gouverné par l'association des parties prenantes (niveau national et territorial)** : conseil de la CNSA, conférences des financeurs élargies – conférences pour l'autonomie) ;
- la co-construction d'**indicateurs permettant l'évaluation, en continu, de l'impact des mesures et des actions pour le « bien vivre chez soi »**, permettant la prise en compte des diversités et contraintes locales ;
- l'**articulation des conventionnements section IV du budget de la CNSA et des**

conventionnements nouvelle génération CNSA/départements autour de cette stratégie et de ce plan d'actions partagés ;

- une mission d'appui externe pour accompagner la transformation du modèle SAAD vers un modèle intégré, éclairer et adapter la stratégie.

Cette méthode impose de reconnaître et d'intégrer la place de chacune des parties prenantes qui apporte son soutien aux politiques pour l'autonomie.

Afin que chaque personne puisse **vivre bien, chez elle, quel qu'en soit le lieu**, cette stratégie et cette méthode devront également s'attacher à **lutter contre les disparités territoriales** et prévoir en ce sens des mécanismes de régulation et d'accompagnement des territoires fragiles.

C'est pourquoi le conseil de la CNSA engage dès à présent des travaux avec l'Assemblée des départements de France et les collectivités locales pour définir la notion et engager des actions concrètes, sur la durée, pour lutter contre les disparités territoriales.



Françoise Germain : « Le coin repas tous ensemble. J'aime. »

“ Je me sens chez moi grâce à mes vêtements et aussi à mes cadres !

Il y a ma famille, mon ami Lionel et mes animaux. ”

Yvonne Speziani

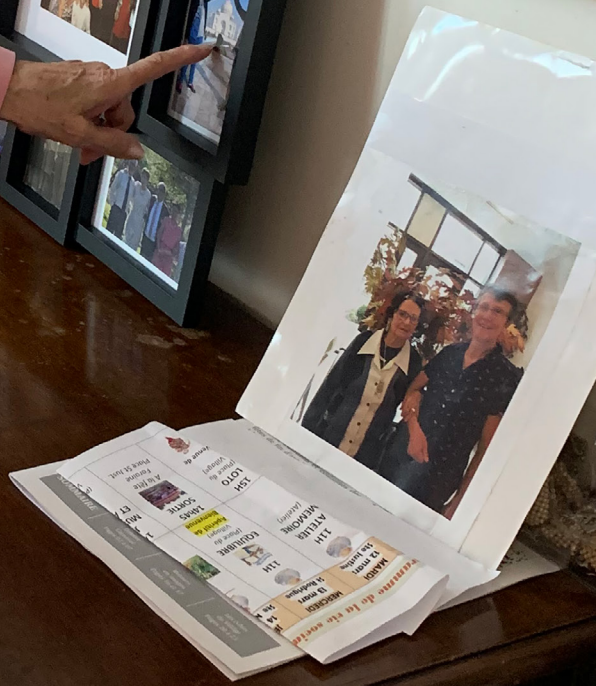
Yvonne Speziani vit au Villâge des Aubépins à Maromme.



“ Ma vie c’est la toilette, j’ai toujours été coquette depuis petite...

J’avais des cheveux magnifiques, trois hauteurs de crans noirs... Mon mari était représentant de commerce, il a choisi mes vêtements et j’en ai cousu quelques-uns. C’est important d’être coquette, ça vient dire qui on est. Quand j’ai déménagé, j’ai emporté ma garde-robe, c’est ma vie, mon histoire. ”





9. Gouvernance

9.1 Gouverner par l'association des parties prenantes, développer et coordonner les fonctions agencielle nationales, régionales, territoriales	108
9.1.1 Les principes retenus par le conseil de la CNSA pour la gouvernance	108
9.1.2 Une méthode de transition commune pour chaque territoire	110
9.1.3 Les outils	111
9.1.4 Le modèle cible dans les territoires	111
9.1.5 Les conférences pour l'autonomie, gouvernance stratégique partagée et fonction agencielle à l'échelle du territoire	112
9.1.6 Méthode de préfiguration et de déploiement	115
9.2 Organiser un accès simplifié et intégré de l'accès à l'information et à la réponse en s'appuyant sur tous les lieux d'accueil et en mobilisant à partir du chez-soi de la personne toutes les parties prenantes de l'hyper-proximité	119
9.2.1 Mettre en place les conférences pour l'autonomie dans les territoires	120
9.2.2 Expérimenter des supports juridiques, outils permettant le partage ou la délégation des compétences et des financements	121

9. Gouvernance

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

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

A. Un principe de convergence des politiques pour l'autonomie

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

B. Un principe d'équité territoriale

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

C. Un renforcement des fonctions agencielle à tous les niveaux

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

D. Une méthode d'orientation

Elle repose sur :

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

Cette méthode doit permettre :

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

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

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

Compte tenu de la diversité des parties prenantes, des compétences et des financements des politiques transversales et actions pour l'autonomie, elle s'appuie sur un **renforcement des fonctions agencielles nationales, régionales et territoriales** qui participent de la capacité de l'État à articuler pleinement son action en lien étroit avec les

parties prenantes, sur tous les territoires en prenant en compte des déterminants locaux, économiques, sociaux, infrastructurels, environnementaux qui pèsent lourd sur l'effectivité de nos politiques publiques.



Gérard Petit : « Mon univers musical. »

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

L'adoption des orientations prospectives 2018 du conseil, la transformation du fonctionnement du conseil, les démarches

partenariales avec les opérateurs publics et privés engagés par la CNSA notamment avec l'ADF, la Caisse des dépôts et consignations, ont vocation à préfigurer cette méthode :

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

9.1.2 Une méthode de transition commune pour chaque territoire

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

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

- > À partir de diagnostics décloisonnés, **planifier et mettre en œuvre des programmes d'actions partagées autour de ces composantes de la réponse et des démarches partenariales d'intégration**, où chacune des parties prenantes apporte sa contribution dans la mesure du possible et dans une logique de co-responsabilité ;
- > **renforcer le rôle et le soutien des parties prenantes de l'hyper-proximité**, notamment les communes, les agglomérations proches et à l'écoute des citoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé ;

- > **favoriser un contexte de coopération :** construire un cadre de coopération entre les acteurs pour mener des actions conjointes, capitaliser et diffuser les bonnes pratiques ;
- > **inscrire et évaluer la transition pour l'affirmation de la citoyenneté de la personne et du chez-soi comme lieu d'expression de la pleine et entière citoyenneté de la personne dans le cadre du processus global de transformation** de notre système en cours (notamment niveau européen et international) ;
- > **co-construire des indicateurs nationaux et territoriaux partagés permettant d'évaluer la prise en compte de l'avancée en âge et du handicap dans des politiques territorialisées :** des indicateurs applicables universellement, prenant en compte les réalités, les capacités, les niveaux de développement des différents territoires dans le respect des priorités et des politiques locales ;
- > évaluer et contrôler selon de nouvelles règles : simplicité, preuve, confiance, approche conventionnelle, partenariat ;
- > organiser la production de données.



Gérard Petit : « J'aime la musique. Je n'ai que ça dans la tête. Je ne regarde pas mes doigts, je joue du jazz. »

9.1.3 Les outils

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

- des supports juridiques et outils (exemple : GIP) réunissant les décideurs et financeurs publics des politiques pour l'autonomie permettant la définition et la mise en œuvre de stratégies communes ou complémentaires pour la répartition des financements partagés ;
- des conventionnements individualisés entre les différentes parties prenantes réunies permettant l'inscription des actions en

complémentarité au-delà et dans la lignée des programmes d'action ;

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

9.1.4 Le modèle cible dans les territoires

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

Afin de définir des stratégies partagées intégrant l'avancée en âge et le handicap et les contraintes liées aux politiques d'aménagement des territoires, de définir et de mettre en œuvre des programmes

d'actions coordonnées pluriannuels pour l'autonomie du territoire, les champs de compétences et les missions des conférences des financeurs pourraient être étendus et renommés « conférences pour l'autonomie ». Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) intégreraient notamment les conférences pour l'autonomie.

9.1.5 Les conférences pour l'autonomie, gouvernance stratégique partagée et fonction agentielle à l'échelle du territoire

Le modèle cible dans les territoires : une fonction agentielle garantie par une gouvernance partagée, solide, de proximité et intégrée.



Leur composition intégrerait :

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

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, instaurée par la loi ASV, a pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus

autour d'une stratégie commune. La CNSA pilote et anime les conférences de financeurs au niveau national. Chaque département est responsable de l'animation de la conférence des financeurs sur son territoire : elle est présidée par le président du conseil départemental, et le directeur général de l'ARS ou son représentant en assure la vice-présidence.

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

Composition actuelle des CDCA

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

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

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

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

handicap autour de ces objectifs transversaux entre les parties prenantes du territoire.

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

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

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

Les conférences pour l'autonomie seraient :

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

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

- en permettant l'échange d'expériences et d'informations entre les départements lors de rencontres entre professionnels ;
- en diffusant les « bonnes pratiques » d'évaluation individuelle des besoins ;
- en construisant, avec les conférences pour l'autonomie, des outils d'appui aux pratiques professionnelles et d'aide à la décision ;

- en accompagnant des expérimentations ou des dispositifs innovants ;
- en offrant un appui juridique ;
- en facilitant la formation des professionnels qui y travaillent.

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

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

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

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

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

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

- l'égal accès aux droits et aux biens pour tous les citoyens en **simplifiant l'accès à l'information et à la réponse pour tous les citoyens**, quel que soit leur âge, leur situation de handicap, de maladie, leur mode, niveau et lieu de vie ;
- la simplification et la coordination de l'action des décideurs et financeurs des politiques de l'autonomie dans les territoires en mettant en place, à partir des dispositifs existants, des outils permettant la coordination des décisions et la mutualisation des financements publics et/ou privés (GIP, contrats locaux, conventionnements nationaux et locaux) ;
- la prise en compte des spécificités géographiques, démographiques,

historiques, culturelles des territoires, des contraintes d'aménagement des territoires dans la construction des réponses apportées à nos concitoyens ;

- l'accompagnement des territoires les plus fragiles afin de permettre l'accès à des réponses choisies et équitables sur tout le territoire de la République ; en zone rurale, urbaine, périurbaine, dans les outre-mer ;
- la pleine et entière intégration des instances, dispositifs de pilotage et de coordination des politiques et des interventions pour l'autonomie des personnes dans les territoires ;
- la mise en complémentarité des actions de toutes les parties prenantes nationales/territoriales, privées/publiques, dont l'action est structurante pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans les territoires.

9.1.6 Méthode de préfiguration et de déploiement

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

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

Principes

Préfigurer avec et pour les parties prenantes du territoire pour assurer la cohérence et l'intégration des fonctions de la réponse et en mesurer l'impact :

- une mesure à court terme ;
- un socle national partagé prenant en compte les diversités et les contraintes locales ;
- un accompagnement et une autonomie d'organisation des parties prenantes territoriales, locales.

Méthode

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

À partir de l'approche domiciliaire « vivre chez soi », il s'agit d'assurer des réponses prenant en compte tous les facteurs décisionnels des choix résidentiels de la personne.

A. Définir, reconnaître et organiser le financement de la réponse aux besoins présentsiels de la personne

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

Le département des Landes et le groupe La Poste ont mené une expérimentation ayant pour objectif d'organiser et de coordonner des actions de prévention, d'accompagnement au domicile pour permettre aux personnes quel que soit leur âge, de rester vivre à domicile le plus longtemps possible. Après deux ans de projet de recherche et développement porté par la direction de la solidarité du département des Landes, une quarantaine de seniors âgés (75 ans en moyenne) ont bénéficié de ce dispositif opéré par La Poste et qui va être généralisé en 2019 sur le territoire landais (2 500 personnes d'ici à 2024).

Un accompagnement humain personnalisé par un postier dédié et spécifiquement formé en gérontologie est proposé. Cet accompagnement est ouvert sur l'écosystème local et cherche à mutualiser les repérages, avec mise en place de services humains ou technologiques de prévention (tablette numérique Ardoiz, jeux cognitifs et de mémoire, téléassistance simple ou avec

actimétrie reliée au service départemental d'incendie et de secours des Landes, éclairage nocturne automatisé, visite de lien social par les facteurs, livraison de médicaments...). Il s'adapte dans le temps aux besoins réels des seniors. Le modèle de généralisation repose sur une délégation de service public à une société d'économie mixte à opération unique (SEMOP) et un multifinancement. Le dispositif a également été expérimenté avec succès dans l'Aisne et dans l'Eure *via* les conférences des financeurs. **À partir de l'étude de ce modèle innovant, des données recueillies dans le cadre de cette expérimentation et de son déploiement, le conseil de la CNSA développera sa définition de la fonctionnalité présentsielle de la réponse et évaluera les besoins de financement liés. Cette étude permettra également d'identifier de nouveaux leviers pour simplifier et assurer l'accès à l'information et à la réponse quel que soit le lieu où vit la personne.**



Régine Bussièr : « Colonell Kinta est aimable. Je l'ai photographié car il est souriant, aimable. »

Expérimenter un nouveau modèle de financement des SAAD

Ce modèle prendrait en compte toutes les dimensions, contraintes d'une approche domiciliaire quel que soit le lieu de vie de la personne dans le cadre d'une valorisation

des actions des services d'aide et d'accompagnement à domicile (cf. partie 8, p. 94).

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

IDÉE 1 : Construire un référentiel d'évaluation de la qualité des services selon une approche domiciliaire par et pour la personne / par et pour le professionnel (cf. p. 60)

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

IDÉE 3 : Penser, organiser les actions présentielle en établissement

Afin de permettre à chacun de nos concitoyens de vivre sa vie dans une véritable relation au chez-soi, le conseil de la CNSA s'appuiera sur un panel d'EHPAD en cours

d'identification sur plusieurs territoires, et proposera une méthode, des indicateurs et des mesures de transformation.

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

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

Cette méthode d'intégration concerne, à différents niveaux, toutes les instances, dispositifs, interventions dont l'action est structurante pour l'autonomie des habitants du territoire : CLIC, MAIA, PTA¹, pôles de compétences et prestations externalisées et tous les autres dispositifs de coordination.

Afin d'assurer une approche domiciliaire et continue de l'accompagnement de la personne à l'autonomie depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie, du sanitaire à l'accompagnement social,

l'intégration des actions pour l'autonomie assurée par les parties prenantes sanitaires – des CPTS notamment – devra également être préfigurée et organisée progressivement.

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

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

1. CLIC : Centre local d'information et de coordination ; PTA : Plateforme territoriale d'appui.

IDÉE 5 : Une action du conseil pour donner les moyens aux personnes âgées de s'exprimer et de participer aux questions qui les concernent²

Trop souvent, les professionnels et les familles prennent des décisions pour les personnes âgées fragilisées et non pas avec elles, sur des questions qui les concernent au quotidien.

Il est pourtant essentiel de permettre aux personnes accompagnées en établissement ou à domicile d'exercer leurs droits de citoyennes, dans la mesure où elles peuvent, mieux que personne, parler de la vieillesse, du vieillissement et de leurs aspirations.

Parce que l'on reste citoyen toute sa vie, l'âge et le handicap ne doivent pas constituer un frein à la libre expression et au libre arbitre. S'exprimer, s'informer, échanger et s'enrichir d'expériences nouvelles permet d'améliorer la qualité de vie au quotidien à domicile et en établissements.

Le conseil de la CNSA propose donc de donner les moyens aux personnes âgées de s'exprimer et de participer aux questions qui les concernent, de changer leur quotidien et de sensibiliser les professionnels à l'importance et à la légitimité de leur parole.

Dans ce cadre, le conseil de la CNSA souhaite développer les modalités d'expression des personnes âgées fragilisées sur leur quotidien et la question du vieillissement en général.

Le conseil de la CNSA définira l'organisation permettant à des personnes âgées aidées de pouvoir siéger en son conseil (préparation, aides techniques, représentativité...). Il travaillera, par ailleurs, au développement de GEM (groupes d'entraide mutuelle) permettant de développer le soutien entre pairs et de renforcer la capacité d'agir des personnes concernées.

Cette démarche doit amener une prise de conscience globale de l'écoute due aux aînés et initier une dynamique d'*empowerment* et de personnes âgées expertes sur le modèle des patients experts.

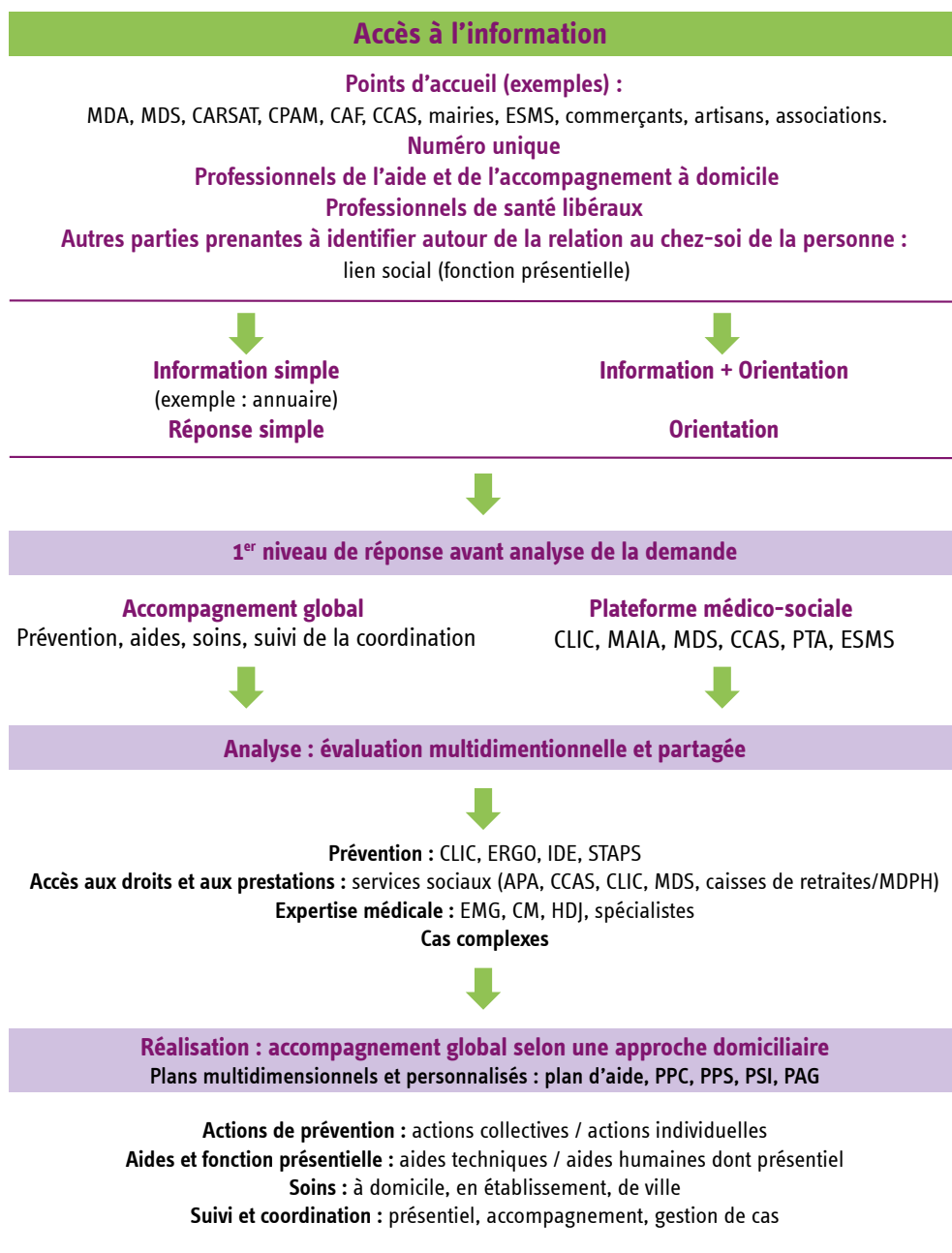
Cette démarche vise, par conséquent, à repenser la place des personnes âgées fragilisées dans la société.



Gérard Petit : « J'aime bien la directrice. Elle est arrangeante. Très gentille. » (Mme Hossote)

2. Contribution de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

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



Au cours de l'année 2019, le conseil de la CNSA étudiera et apportera son soutien aux parties prenantes des territoires d'ores et déjà engagés dans ces démarches d'intégration des dispositifs et instances de pilotage et de coordination

afin d'inscrire en cohérence toutes les actions pour l'autonomie des personnes dans les territoires, autour de la relation au chez-soi de la personne.

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

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

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

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

Il s'agira d'inscrire cette préfiguration dans une contractualisation plus « personnalisée »

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

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



Bertrand : « Je compose dans ma chambre. J'en ai même fait un studio d'enregistrement. En avant la création ! »

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

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

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

Le GIP présente de nombreux avantages :

- gouverné par l'association des parties prenantes, il assure la **transparence des**

politiques publiques et garantit la bonne fin des financements des politiques territoriales de protection sociale ;

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

Dans le cadre du choix du GIP :

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

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

Jean-Michel Mehl

Jean-Michel Mehl est né en 1958.

Il a travaillé en ESAT dès 2004, puis il a intégré l'accueil de jour Couleurs et création du Centre de la Gabrielle, MFPASS à Claye-Souilly, à l'ouverture du service en 2011. Il vit dans le foyer d'hébergement du centre, à Claye-Souilly.



“ Je voulais mettre l’accent sur ma casquette, et bien la montrer.

C’est Johnny (Hallyday)... C’est toute ma vie. Je le porte sur moi, je l’ai tout le temps avec moi. Johnny Hallyday il est sur ma peau, dans mon cœur, dans ma chambre. CD, 33-tours, blouson en cuir, santiags, maillots, j’ai tout mais je ne peux pas tout emporter avec moi. ”



“ J’aime faire des portraits en photo.

Je prends souvent les autres, discrètement. J’ai pris mes photos tout seul, j’aime bien faire des selfies, c’est nouveau. ”



**JOHNNY
HALLYDAY**
MON PAYS C'EST L'AMOUR

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

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

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

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

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

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

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

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



Françoise Germain, née en 1937, a choisi l'Ehpad de Ligny-le-Châtel pour sa situation géographique, à mi-chemin entre la région parisienne et Dijon où vivent ses enfants. Elle occupe intensément ses journées avec toutes les activités proposées par la résidence Gaston-Houssier depuis mai 2015.



Françoise Germain : « Ma télé, ma pendule, offerte par Marie-Line, l'animatrice. »

Alain Bézard

Alain Bézard est né en 1958.

Il participe aux ateliers de l'accueil de jour Couleurs et création du Centre de la Gabrielle, MFPASS à Claye-Souilly, depuis l'ouverture du service en 2011. Il vit seul en appartement, avec le soutien du SAMSAH du centre.

“ Mais où sont passés mes cheveux ? ”

J'ai vieilli ! J'essaye de changer un peu, mais j'oublie beaucoup de choses. Je ne me sens pas perdu, et j'ai le sourire ! Je voulais qu'on le voie, ce sourire. Je l'ai prise moi-même la photo avec mon sourire, après plusieurs essais c'était réussi. J'aime me mettre en scène sur les photos, pour montrer des choses, même si je ne sais plus quoi. ”





Photos



11. Facile à lire — et à comprendre : l'essentiel



Traduction en facile à lire et à comprendre réalisée avec
Élisabeth Bachelot, Louis Jurine, Béatrice Picard
et Béatrice Santarelli.

Comment se sentir chez soi ?

Le conseil de la CNSA
a donné ses idées
sur le domicile des personnes âgées
et des personnes handicapées.

La CNSA est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.



Le conseil de la CNSA est un ensemble d'associations
et d'organismes.

Ces associations et ces organismes aident
les personnes âgées et les personnes handicapées.

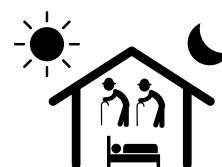
Le conseil de la CNSA donne tous les ans des idées
pour améliorer l'aide aux personnes âgées
et aux personnes handicapées en France.



Le conseil de la CNSA s'est demandé
comment faire
pour que les personnes handicapées et les personnes âgées
se sentent chez elles :

- si elles vivent dans un appartement ou une maison
- si elles vivent dans un établissement :
un foyer ou un EHPAD par exemple.

Un EHPAD c'est un établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes.



Un EHPAD est une maison de retraite médicalisée.

Le conseil de la CNSA explique
tous les changements nécessaires
pour que les personnes se sentent chez elles.

Introduction

Selon le conseil de la CNSA
les personnes handicapées et les personnes âgées
sont des citoyens avant tout.

Un citoyen appartient à un pays.

Un citoyen a des droits et des devoirs.

En France

les citoyens ont par exemple le droit de voter aux élections.
Les citoyens ont le droit de se déplacer librement.



Les citoyens ont par exemple le devoir de participer
aux dépenses de la France.

Ils paient des impôts en fonction de leurs revenus.



C'est important de considérer les personnes handicapées
et les personnes âgées
comme des citoyens.



Pour être un citoyen chaque personne doit pouvoir :

- dire ce qu'elle souhaite et ce qu'elle pense.
En votant par exemple
- utiliser ses droits. Par exemple le droit de se déplacer librement
- dire ses choix dans tous les moments de sa vie
- être écoutée
- participer à la vie de la société et ne pas être mise à l'écart.



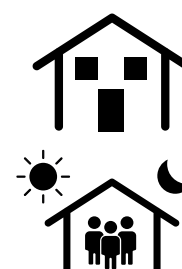
Chaque personne doit pouvoir être vraiment un citoyen
à n'importe quel âge.

Chaque personne doit pouvoir être un citoyen
dans n'importe quelle situation.

Même si elle est malade ou handicapée.

Chaque personne doit pouvoir être citoyen :

- si elle habite dans un appartement ou une maison
- ou si elle habite dans un établissement spécialisé.



C'est plus facile de se sentir un citoyen quand on a un chez-soi

Les personnes se sentent bien chez elles.
Les personnes se sentent en sécurité chez elles.

Les personnes peuvent plus facilement dire leurs choix chez elles.

Elles choisissent comment elles vivent.
Elles fixent les règles.

Le conseil de la CNSA pense qu'il faut changer d'organisation pour permettre à tout le monde d'avoir un chez soi.

Il faut se sentir chez soi à n'importe quel âge

Par exemple, même si vous êtes une personne très âgée vous devez pouvoir rester vivre chez vous si c'est ce que vous voulez.
Si vous allez vivre en maison de retraite vous devez vous y sentir chez vous.

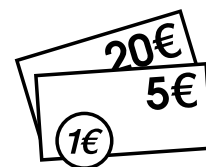


Il faut se sentir chez soi quel que soit l'endroit où on vit

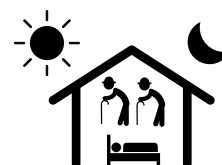
Par exemple, si vous vivez en foyer vous devez vous sentir chez vous dans le foyer.

Il faut pouvoir se sentir chez soi quels que soient ses revenus

Par exemple, vous devez pouvoir rester vivre chez vous même si vous n'avez pas beaucoup d'argent.



Si vous voulez aller vivre en maison de retraite vous devez pouvoir le faire même si vous n'avez pas beaucoup d'argent.



Vivre en EHPAD ne permet pas de se sentir chez soi

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées.

Les personnes ne se sentent pas chez elles en EHPAD. Elles doivent se plier aux règles de la vie en collectivité.

Les personnes doivent renoncer à leurs habitudes de vie.

Par exemple, souvent les animaux de compagnie ne sont pas acceptés dans les EHPAD.

Les personnes doivent se séparer de leur animal de compagnie.

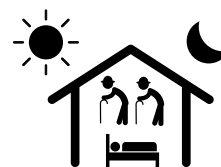
Le conseil de la CNSA pense que les EHPAD doivent changer pour que les personnes s'y sentent chez elles.

Les personnes doivent pouvoir fixer les règles de leur vie même quand elles vivent en EHPAD.

Les professionnels doivent respecter les règles fixées par les personnes.

Les professionnels doivent s'adapter aux souhaits des personnes.

Les personnes doivent se sentir chez elles même si elles vivent dans un endroit qui n'est pas un domicile ordinaire.



Il faut être aidé de la même façon avant l'âge de 60 ans et après l'âge de 60 ans

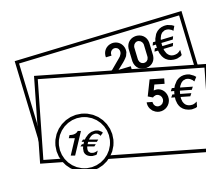
Aujourd'hui les personnes qui ont besoin d'aide à cause d'un problème de santé ou d'un handicap ne sont pas aidées de la même façon si elles ont moins de 60 ans ou plus de 60 ans.

Les personnes de moins de 60 ans et les personnes de plus de 60 ans n'ont pas le droit aux mêmes aides.

Les personnes qui ont moins de 60 ans ont le droit à la PCH.

La PCH est la prestation de compensation du handicap.

La PCH est une aide financière pour les personnes qui ont besoin d'une aide dans leur vie quotidienne à cause d'un handicap.



Les personnes qui ont plus de 60 ans ont le droit à l'APA.

L'APA est l'allocation personnalisée d'autonomie.

Vous pouvez avoir l'APA si vous avez plus de 60 ans et si vous avez des difficultés dans la vie à cause de l'âge. Par exemple, vous n'arrivez plus à vous lever et à vous habiller seul.



Vous pouvez être aidé grâce à l'APA.

L'aide financière accordée par la PCH est plus élevée que l'aide accordée par l'APA.

Le conseil de la CNSA pense que ce n'est pas normal.

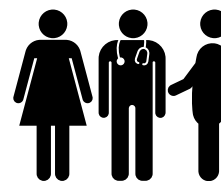
Tout le monde devrait être aidé en fonction de ses besoins depuis la naissance jusqu'au grand âge.



C'est pourquoi le conseil de la CNSA demande la fin de cette différence de traitement liée à l'âge.

Reconnaître l'importance de la présence des professionnels

Il faut reconnaître l'importance de la présence attentive des professionnels autour des personnes âgées et handicapées



Par leur présence attentive, les professionnels de l'aide et du soin créent un lien avec les personnes accompagnées.

Ce lien permet aux personnes de se sentir moins seules.

Ce lien est essentiel pour les personnes accompagnées et pour les professionnels. Ce lien doit être reconnu.

Les professionnels doivent avoir le temps de maintenir ce lien. Les professionnels doivent pouvoir juste être présents auprès de la personne, au-delà de leur intervention.

Les professionnels doivent avoir le temps d'échanger avec la personne qu'ils accompagnent.

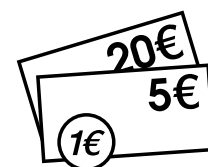
Par exemple, une aide à domicile doit avoir le temps de :

- prendre un café avec la personne chez qui elle intervient si la personne l'invite
- parler du temps qu'il fait
- lire le journal avec la personne.



Le conseil de la CNSA pense que ce temps doit être prévu dans le planning des professionnels.

Le conseil de la CNSA pense qu'il faut financer avec de l'argent public ce temps passé par le professionnel auprès de la personne en plus de l'intervention.



Les services d'aide à domicile ont un rôle très important. Ils permettent aux personnes de vivre chez elles. Ils permettent aux personnes de maintenir des liens au quotidien.

Ces services sont en difficulté financière en ce moment.

Le conseil de la CNSA pense qu'il faut aider ces services.

Il faut valoriser les professionnels qui aident les personnes âgées et les personnes handicapées



Les professionnels qui aident les personnes âgées et les personnes handicapées ne sont pas assez reconnus dans leur travail.

Ces professionnels doivent pouvoir bien faire leur travail :

- en préservant leur santé
- et en gagnant correctement leur vie.

Le conseil de la CNSA souhaite que les métiers de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées soient mieux valorisés.

Par exemple, le conseil de la CNSA souhaite que les salaires des professionnels augmentent.

Comment organiser et financer ces changements ?

Les personnes doivent avoir un accès simple aux informations importantes et aux réponses à leurs besoins

Les personnes doivent avoir un accès simple aux informations pour bénéficier d'aides.

Elles doivent avoir le choix dans la façon d'avoir les informations.

Par exemple, les personnes qui n'ont pas internet doivent pouvoir être informées par téléphone ou bien par un professionnel près de chez elles.

Les personnes doivent aussi avoir un accès simple aux réponses à leurs besoins. Elles doivent avoir des services près de chez elles.

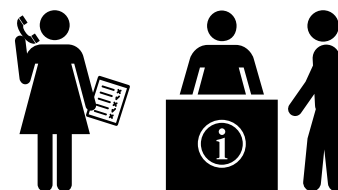
Par exemple, il faut que les mairies soient ouvertes tous les jours. Même dans les petits villages.

Tout le monde doit participer aux décisions sur les aides pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Les personnes âgées et les personnes handicapées doivent prendre les décisions pour elles.

Les organismes et les associations qui mettent en œuvre des actions pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées doivent aussi prendre les décisions.

Les communes doivent aussi prendre les décisions.



Car les communes sont proches de leurs habitants.



Le conseil de la CNSA pense que

- les personnes
 - les organismes et les associations
 - les communes
- doivent prendre ensemble les décisions pour aider les personnes handicapées et les personnes âgées.

La solidarité nationale doit financer ces changements

Le conseil de la CNSA pense que la solidarité nationale doit prendre en charge certains coûts.

La solidarité nationale c'est par exemple demander aux citoyens qui ont des revenus importants de payer plus pour aider ceux qui ont des revenus faibles.

La solidarité nationale doit payer :

- les coûts liés à la perte d'autonomie, au handicap ou à l'aggravation de l'état de santé.
Par exemple, l'achat d'un fauteuil roulant manuel pour une personne qui ne peut plus se déplacer seule
- le temps passé par les professionnels en plus de leurs interventions pour discuter avec la personne, créer du lien
- les travaux pour rendre les logements accessibles.
C'est-à-dire mettre les logements aux normes pour les personnes handicapées.



Le conseil de la CNSA pense que le coût supplémentaire peut avoir des effets positifs sur la société :

- la société est plus soudée
- des emplois sont créés et le chômage baisse
- les proches des personnes âgées et des personnes handicapées sont moins fatigués.

Il peut y avoir un coût restant à la charge de la personne.

Ce coût doit pouvoir être payé par la personne.

Il doit être fixé en fonction de ses revenus.

Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des départements de France
ANAH	Agence nationale de l'habitat
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Loi Adaptation de la société au vieillissement
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCBAD	Convention collective de la branche aide à domicile
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CDCA	Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNH	Conférence nationale du handicap
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé dans le champ de l'autonomie
DSP	Délégation de service public
ELAN	Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIP	Groupement d'intérêts publics
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OGD	Objectif global de dépenses
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PUV	Petites unités de vie
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SEMOP	Société d'économie mixte à opération unique
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins de longue durée

La CNSA est un établissement public qui a pour mission de :

- > **financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées** : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs, des résidences autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aides à domicile ;
- > **garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie**, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques ;
- > **assurer une mission d'information et d'animation de réseau** ;
- > **informer les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles** ;
- > **assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie** quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2019, elle dispose pour cela d'un budget de **27 Md€**.

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