

# **ANNEXES 2011**

Rapport de la Caisse nationale  
de solidarité pour l'autonomie



# SOMMAIRE DES ANNEXES

<b>ANNEXE 1</b>	▶ Budgets	
	• Budget rectifié 2012	02
	• Budget exécuté 2011	04
<b>ANNEXE 2</b>	▶ Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH	09
<b>ANNEXE 3</b>	▶ Ajustements 2011 des PRIAC, période 2011-2013	14
<b>ANNEXE 4</b>	▶ Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées	20
<b>ANNEXE 5</b>	▶ Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2010	23
<b>ANNEXE 6</b>	▶ Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2011	36
<b>ANNEXE 7</b>	▶ Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2011	40

## ► Annexe 1 – Budgets

### Budget rectificatif 2012 n° 2 (en millions d'euros) – Conseil du 17 avril 2012

Source : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 725,7</b>	<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 725,7</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 741,4</b>	<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 741,4</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 689,4	▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	310,8
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 430,4
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,8	▪ Déficit	0,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Opérations diverses	23,7		
▪ Excédent	0,0		
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 984,3</b>	<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 984,3</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 924,4	▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	932,5
▪ Financement de 123 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)	27,5	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 044,4
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,5	▪ Déficit	7,4
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	0,5		
▪ Opérations diverses	30,0		
▪ Excédent	0,0		
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 680,6</b>	<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 680,6</b>
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 651,4	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	478,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 131,6
▪ Opérations diverses	28,7	▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7
		▪ Produits financiers	2,0
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>623,9</b>	<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>623,9</b>
▪ Concours versés aux départements (PCH)	544,7	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	621,7
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	▪ Produits financiers	2,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF) provisionnée	0,2	▪ Reprise de provisions « majoration AEEH »	0,2
▪ Congé de soutien familial	0,5		
▪ Opérations diverses	18,5		
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>166,5</b>	<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>166,5</b>
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	70,3	▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,6
▪ Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile	25,0	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Dotation aux provisions	70,0	▪ Dotation État fonds d'urgence aide à domicile	25,0
▪ Opérations diverses	1,2	▪ Reprise de provisions	70,0
▪ Excédent	0,0	▪ Déficit	0,0

CHARGES	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>453,8</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>298,4</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Dotation aux provisions	9,5
▪ PAI 2012	68,9
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »	210,0
▪ Excédent	0,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>155,4</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Dotation aux provisions	6,5
▪ PAI 2012	48,9
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »	90,0
▪ Excédent	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,2</b>
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	7,1
▪ Dotation aux provisions	0,1
▪ Dépenses de personnel/CNSA	9,6
▪ Excédent	0,4
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>20 618,2</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>20 618,2</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>15,4</b>
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>37,6</b>

PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>453,8</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>298,4</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Reprise de provisions	9,5
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0
▪ Déficit	45,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>155,4</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions	6,5
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	90,0
▪ Déficit	25,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,2</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,1
▪ Reprise de provisions	0,1
<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>20 541,1</b>
<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>77,1</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>20 618,2</b>

## Budget exécuté 2011 (en millions d'euros) – Conseil du 17 avril 2012

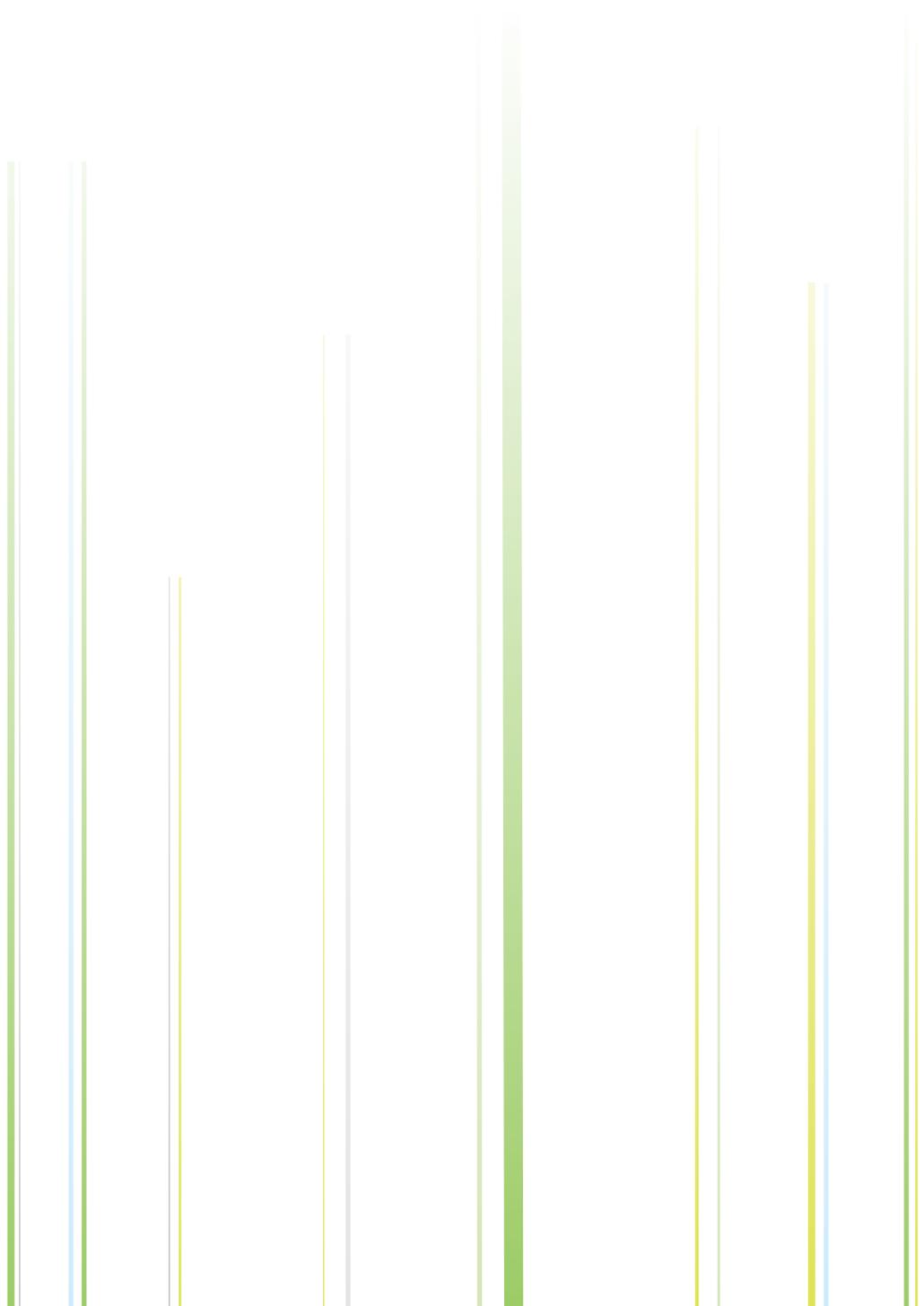
Source : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I</b>		
<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 137,8</b>	<b>17 006,8</b>
<b>« Sous-section 1</b>		
<b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 553,4</b>	<b>8 532,5</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 503,0	8 477,8
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	25,0	25,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	0,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	1,0	1,0
▪ Opérations diverses	23,7	22,3
▪ Excédent	0,0	5,7
<b>« Sous-section 2</b>		
<b>Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 584,4</b>	<b>8 474,2</b>
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 547,0	8 301,5
▪ Financement déploiement de 35 MAIA supplémentaires	5,9	5,6
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	1,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	1,0	1,0
▪ Opérations diverses	29,4	28,2
▪ Excédent	0,0	136,8
<b>« Section II</b>		
<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 631,0</b>	<b>1 649,0</b>
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 591,5	1 621,5
▪ Régularisation APA 2010	0,0	10,6
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	39,0	16,9
<b>« Section III</b>		
<b>Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>607,0</b>	<b>613,8</b>
▪ Concours versés aux départements (PCH)	522,4	527,8
▪ Régularisation PCH 2010	0,0	1,5
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	5,9	6,1
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	18,3	18,3
<b>« Section IV</b>		
<b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »</b>	<b>154,4</b>	<b>140,7</b>
<b>« Sous-section 1</b>		
<b>Personnes âgées »</b>	<b>126,0</b>	<b>114,3</b>
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	69,5	50,0
▪ Charges provisionnées	54,8	54,7
▪ Provisions pour créances douteuses	0,0	0,2
▪ Opérations diverses	1,7	0,6
▪ Excédent	0,0	9,0
<b>« Sous-section 2</b>		
<b>Personnes handicapées »</b>	<b>28,4</b>	<b>26,4</b>
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	15,3	10,8
▪ Charges provisionnées	13,1	15,5
▪ Excédent	0,0	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 137,8</b>	<b>17 006,8</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 553,4</b>	<b>8 532,5</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (12 % CSA)	277,8	280,0
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 252,0	8 252,0
▪ Reprise provision ANAP	0,5	0,5
▪ Déficit	23,1	0,0
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 584,4</b>	<b>8 474,2</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (38 % CSA)	879,7	886,7
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 587,0	7 587,0
▪ Reprise provision ANAP	0,5	0,5
▪ Déficit	117,2	0,0
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 631,0</b>	<b>1 649,0</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	463,0	466,7
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 095,4	1 098,7
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,6	67,6
▪ Régularisation « trop perçu APA 2010 »	0,0	10,6
▪ Reprise provision CSF	0,0	0,0
▪ Produits financiers	5,0	5,4
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>607,0</b>	<b>613,8</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	601,9	606,7
▪ Produits financiers	5,0	5,4
▪ Reprise provision AEEH et CSF	0,1	0,1
▪ Régularisation « trop perçu PCH 2010 »	0,0	1,5
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »</b>	<b>154,4</b>	<b>140,7</b>
<b>« Sous-section 1 Personnes âgées »</b>	<b>126,0</b>	<b>114,3</b>
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	57,7	57,8
▪ Reprise provision	54,8	54,8
▪ Produit exceptionnel	0,0	1,7
▪ Déficit	13,5	0,0
<b>« Sous-section 2 Personnes handicapées »</b>	<b>28,4</b>	<b>26,4</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	12,0
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,1
▪ Reprise provision	13,1	13,1
▪ Déficit	3,4	1,2

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>461,7</b>	<b>394,4</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>300,2</b>	<b>252,6</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	7,0
▪ Charges provisionnées	11,7	7,5
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	7,7	7,0
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2010 »	204,0	183,5
▪ PAI 2011 (avec reprise solde 2010)	66,8	28,3
▪ Excédent	0,0	19,1
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>161,4</b>	<b>141,9</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	5,9
▪ Charges provisionnées	6,3	4,9
▪ Dépenses emplois STAPS	2,9	2,7
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2010 »	96,0	74,7
▪ PAI 2011	46,3	0,0
▪ Excédent	0,0	53,7
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,4</b>	<b>14,1</b>
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,0	6,0
▪ Charges provisionnées	0,1	0,1
▪ Dépenses de personnel/CNSA	8,8	7,9
▪ Excédent	0,4	0,1
<b>Total des charges</b>	<b>19 959,8</b>	<b>19 548,6</b>
<b>Excédent</b>	<b>0,0</b>	<b>223,2</b>
<b>Total équilibre du compte de résultat</b>	<b>19 959,8</b>	<b>19 771,8</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>15,1</b>	<b>14,6</b>
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>47,9</b>	<b>26,0</b>

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>461,7</b>	<b>394,4</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>300,2</b>	<b>252,6</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA)	46,3	46,7
▪ Produit exceptionnel	0,0	1,0
▪ Reprise provision	13,2	13,2
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	204,0	181,7
▪ Déficit	26,8	0,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>161,4</b>	<b>141,9</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA)	46,3	46,7
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,0
▪ Reprise provision	9,1	9,1
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	96,0	76,1
▪ Déficit	0,0	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,4</b>	<b>14,1</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,2	13,8
▪ Reprise provision	0,1	0,1
▪ Produit exceptionnel (dont remboursement MAD)	0,1	0,2
<b>Total des produits</b>	<b>19 776,2</b>	<b>19 771,8</b>
<b>Déficit</b>	<b>183,5</b>	<b>0,0</b>
<b>Total équilibre du compte de résultat</b>	<b>19 959,8</b>	<b>19 771,8</b>



## Annexe 2 – Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

### Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

CRITÈRES APA			PONDÉRATION
$Fd = (PAAd/\Sigma PAAd) \times 50\% + (Dd/\Sigma Dd) \times 20\% - (PFd/\Sigma PFd) \times 25\% + (RMI\ d/\Sigma RMI\ d) \times 5\%$			
PAd	Population ≥ 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	-25 %
RMI d	Bénéficiaires RMI (> 3 mois, résidant département)	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée CNAF et CCMSA	5 %
			Coefficient total 50 % rapportés à 100 %
CRITÈRES PCH			PONDÉRATION
$Fd = (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 60\% + (PAESd + PAAHd + PPI d)/\Sigma (PAESd + PAAHd + PPI d) \times 30\% + (PCd/\Sigma PCd) \times 30\% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20\%$			
PAA d	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1 CASF)	60 %
PAES d	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, donnée disponible au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAH d	Bénéficiaires AAH		
PPI d	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PC d	Bénéficiaires PCH et ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PF d	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	-20 %
			Coefficient total 100 %
CRITÈRES MDPH			PONDÉRATION
$Fd = Fx + (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 120\% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20\%$			
FX	Dotations Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAA d	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1)	120 %
PF d	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	-20 %
			Coefficient total 100 %

Le recueil des dépenses départementales 2011 et des autres critères de répartition étant en cours, la répartition des concours définitifs au financement de l'APA et de la PCH n'a pas encore été effectuée (au 5 avril 2012).

Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2011 (concours prévisionnels).

## Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2011					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés
01 Ain	10 156 455	9 424 000	4 341 027	4 101 000	565 835	538 000
02 Aisne	16 179 835	14 660 000	5 407 350	5 238 000	547 293	520 000
03 Allier	15 062 473	14 255 000	3 269 872	3 129 000	405 012	385 000
04 Alpes de Haute Provence	5 138 483	4 800 000	1 288 880	1 208 000	290 167	276 000
05 Hautes Alpes	4 043 880	3 662 000	1 077 165	1 044 000	279 149	265 000
06 Alpes Maritimes	32 586 168	32 429 000	8 365 250	7 914 000	774 119	735 000
07 Ardèche	12 361 243	11 504 000	2 655 666	2 597 000	388 722	369 000
08 Ardennes	9 103 234	8 478 000	2 590 754	2 530 000	380 017	361 000
09 Ariège	6 580 957	6 459 000	1 299 475	1 323 000	289 654	275 000
10 Aube	9 070 398	8 504 000	2 418 252	2 384 000	390 463	371 000
11 Aude	14 273 056	13 716 000	3 703 373	3 369 000	408 097	388 000
12 Aveyron	13 863 659	12 547 000	2 432 736	2 277 000	361 919	344 000
13 Bouches du Rhône	51 504 087	49 535 000	15 842 822	14 832 000	1 431 365	1 360 000
14 Calvados	19 045 554	17 687 000	5 450 656	5 183 000	631 093	600 000
15 Cantal	7 513 071	7 043 000	1 326 579	1 262 000	292 518	278 000
16 Charente	13 603 064	13 125 000	3 429 064	3 295 000	416 761	396 000
17 Charente Maritime	23 199 599	21 683 000	5 189 035	4 666 000	557 813	530 000
18 Cher	11 623 014	10 779 000	3 024 661	2 743 000	393 584	374 000
19 Corrèze	11 630 996	10 981 000	1 972 212	1 940 000	346 527	329 000
20a Corse du Sud	5 700 818	5 465 000	1 885 741	1 829 000	287 367	273 000
20b Haute Corse	6 121 151	5 652 000	1 809 917	1 720 000	307 092	292 000
21 Côte d'Or	13 146 671	12 584 000	4 449 943	4 164 000	535 650	509 000
22 Côtes d'Armor	22 126 608	20 702 000	5 388 805	5 224 000	547 913	521 000
23 Creuse	11 800 262	10 609 000	1 200 732	1 132 000	273 655	260 000
24 Dordogne	18 138 899	17 512 000	3 504 151	3 232 000	442 296	420 000
25 Doubs	12 512 017	11 729 000	4 323 362	4 004 000	530 193	504 000
26 Drôme	13 206 623	12 373 000	3 842 278	3 551 000	481 943	458 000
27 Eure	11 694 660	11 256 000	4 951 379	4 573 000	570 552	542 000
28 Eure et Loir	10 419 299	10 162 000	3 229 731	3 118 000	470 326	447 000
29 Finistère	30 300 377	30 063 000	7 869 465	7 638 000	756 196	718 000
30 Gard	23 038 541	22 509 000	5 735 385	5 419 000	629 963	598 000
31 Haute Garonne	26 960 329	24 335 000	10 173 680	8 938 000	1 018 099	967 000
32 Gers	14 735 298	9 085 000	1 655 195	1 571 000	312 586	297 000
33 Gironde	38 554 493	35 605 000	12 916 830	10 907 000	1 125 624	1 069 000
34 Hérault	36 750 070	35 116 000	8 736 561	8 329 000	837 429	796 000
35 Ille et Vilaine	22 961 317	21 400 000	8 176 167	7 342 000	828 757	787 000
36 Indre	10 230 693	9 641 000	2 037 393	1 998 000	339 985	323 000
37 Indre et Loire	15 967 709	15 043 000	4 479 303	4 376 000	571 601	543 000
38 Isère	22 823 685	20 742 000	9 291 520	9 136 000	931 750	885 000
39 Jura	7 637 924	7 433 000	2 108 840	1 970 000	356 870	339 000
40 Landes	12 924 544	12 159 000	2 637 139	2 412 000	421 399	400 000
41 Loir et Cher	11 980 424	11 384 000	2 529 605	2 393 000	396 388	377 000
42 Loire	23 626 206	22 577 000	7 138 051	7 187 000	653 341	621 000
43 Haute Loire	7 927 081	7 862 000	2 192 820	1 991 000	335 772	319 000
44 Loire Atlantique	26 805 470	24 460 000	10 623 509	9 165 000	1 005 757	955 000
45 Loiret	15 955 829	14 775 000	4 944 215	4 777 000	605 710	575 000
46 Lot	8 283 532	7 983 000	1 540 645	1 502 000	300 116	285 000
47 Lot et Garonne	14 401 302	13 348 000	2 906 545	2 815 000	398 827	379 000
48 Lozère	3 144 131	2 993 000	910 333	814 000	249 232	237 000
49 Maine et Loire	20 764 303	19 262 000	6 094 135	5 660 000	696 923	662 000

TOTAL concours et concours prévisionnels	CUMUL SUR SIX ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2011	Total 2006-2011	Total 2006-2011
15 063 317	55 489 508	25 323 938	2 750 742
22 134 478	87 464 138	32 976 697	2 691 800
18 737 357	85 684 879	19 829 577	1 963 484
6 717 530	27 864 391	7 449 453	1 358 757
5 400 194	22 269 385	6 649 906	1 311 239
41 725 537	198 112 773	50 500 795	3 837 176
15 405 632	68 918 337	15 868 529	1 866 031
12 074 005	49 480 331	16 537 473	1 833 146
8 170 085	38 651 850	7 920 976	1 355 596
11 879 113	51 001 492	14 467 311	1 881 044
18 384 526	82 582 616	21 331 298	1 964 951
16 658 313	76 037 954	14 113 122	1 734 945
68 778 273	295 940 675	93 081 181	7 163 388
25 127 302	104 215 169	33 644 049	3 121 459
9 132 169	44 820 749	8 122 783	1 389 478
17 448 889	78 420 147	20 398 907	2 012 900
28 946 447	130 501 962	30 007 272	2 749 467
15 041 260	64 762 675	18 343 897	1 903 456
13 949 736	67 283 163	11 981 123	1 651 210
7 873 925	34 217 891	12 076 287	1 329 394
8 238 160	33 655 445	10 856 324	1 428 496
18 132 264	73 802 847	26 470 854	2 624 320
28 063 325	124 150 863	32 120 912	2 685 749
13 274 649	73 900 801	7 312 138	1 283 637
22 085 347	104 865 952	20 972 640	2 152 820
17 365 572	67 736 795	25 353 607	2 597 067
17 530 845	72 593 228	22 835 600	2 334 960
17 216 591	65 825 644	30 137 272	2 800 304
14 119 356	58 625 306	19 697 022	2 288 283
38 926 038	176 729 178	47 091 517	3 768 835
29 403 889	133 653 851	33 786 440	3 099 519
38 152 108	149 173 310	56 117 882	5 024 024
16 703 080	79 764 798	9 899 097	1 474 986
52 596 948	214 041 143	73 018 175	5 618 276
46 324 060	204 059 539	50 798 786	4 149 574
31 966 242	127 136 206	48 243 648	4 103 279
12 608 070	58 326 005	12 417 210	1 628 289
21 018 613	90 595 578	26 539 465	2 801 253
33 046 956	119 606 380	55 737 995	4 661 522
10 103 633	44 041 218	12 530 267	1 707 323
15 983 082	74 137 682	15 605 508	2 025 384
14 906 417	67 588 359	14 900 385	1 915 676
31 417 598	133 541 471	45 113 616	3 246 862
10 455 673	46 830 386	13 048 958	1 601 791
38 434 736	148 965 518	58 072 858	4 981 144
21 505 753	87 914 071	30 087 408	2 985 995
10 124 293	47 687 101	9 324 267	1 414 802
17 706 673	79 829 158	17 504 483	1 911 964
4 303 696	18 031 155	5 276 082	1 153 968
27 555 361	115 630 977	35 562 146	3 451 007

DÉPARTEMENTS	2011					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés
50 Manche	16 745 455	15 805 000	4 292 848	4 072 000	493 070	468 000
51 Marne	12 543 852	11 313 000	5 154 407	4 784 000	573 149	544 000
52 Haute Marne	6 209 762	6 082 000	1 871 287	1 804 000	318 429	303 000
53 Mayenne	9 843 884	9 335 000	2 468 873	2 301 000	387 752	368 000
54 Meurthe et Moselle	19 897 740	19 330 000	6 393 970	5 817 000	682 345	648 000
55 Meuse	5 997 900	5 602 000	1 539 104	1 443 000	326 384	310 000
56 Morbihan	22 769 502	20 749 000	6 126 448	5 457 000	631 908	600 000
57 Moselle	23 437 159	21 024 000	8 682 516	8 090 000	893 473	849 000
58 Nièvre	9 895 485	9 705 000	2 299 006	2 200 000	330 416	314 000
59 Nord	59 401 164	58 239 000	23 472 854	22 445 000	1 892 205	1 798 000
60 Oise	12 129 864	11 025 000	7 808 292	7 225 000	725 643	689 000
61 Orne	11 577 953	10 828 000	2 585 720	2 465 000	378 656	360 000
62 Pas de Calais	45 468 178	44 041 000	12 766 821	12 123 000	1 157 120	1 099 000
63 Puy de Dôme	18 511 269	17 622 000	5 279 880	4 731 000	608 360	578 000
64 Pyrénées Atlantiques	21 329 430	19 753 000	5 332 553	5 141 000	591 977	562 000
65 Hautes Pyrénées	10 766 681	9 916 000	2 195 713	2 106 000	336 924	320 000
66 Pyrénées Orientales	18 090 676	16 328 000	3 980 284	3 792 000	454 063	431 000
67 Bas Rhin	22 421 552	20 983 000	8 821 179	8 696 000	925 004	879 000
68 Haut Rhin	15 298 812	13 702 000	6 112 699	5 637 000	678 799	645 000
69 Rhône	31 955 106	29 496 000	13 470 655	12 628 000	1 248 315	1 186 000
70 Haute Saône	6 963 765	6 647 000	1 969 164	1 978 000	352 745	335 000
71 Saône et Loire	20 697 455	20 027 000	4 853 541	4 570 000	534 002	507 000
72 Sarthe	16 697 206	15 973 000	4 251 001	4 260 000	546 809	519 000
73 Savoie	7 605 217	7 163 000	3 100 183	3 004 000	433 755	412 000
74 Haute Savoie	8 976 265	8 135 000	4 940 257	4 572 000	641 760	610 000
75 Paris	12 348 274	12 057 000	13 318 506	13 115 000	1 504 938	1 430 000
76 Seine Maritime	31 787 141	30 441 000	11 098 034	10 737 000	960 768	913 000
77 Seine et Marne	12 629 521	11 197 000	9 834 731	9 082 000	1 056 933	1 004 000
78 Yvelines	10 224 776	9 749 000	8 967 159	8 429 000	1 036 240	984 000
79 Deux Sèvres	13 076 376	12 342 000	3 011 386	2 856 000	430 623	409 000
80 Somme	16 763 004	15 679 000	5 383 608	5 118 000	570 029	542 000
81 Tarn	16 555 173	15 712 000	3 469 224	3 238 000	427 695	406 000
82 Tarn et Garonne	9 338 484	8 667 000	2 274 774	2 143 000	346 053	329 000
83 Var	31 947 634	30 113 000	7 593 203	7 022 000	751 646	714 000
84 Vaucluse	14 658 696	13 916 000	4 161 951	3 901 000	526 093	500 000
85 Vendée	17 824 334	15 942 000	5 022 512	4 628 000	570 935	542 000
86 Vienne	13 058 112	12 444 000	3 547 175	3 386 000	475 603	452 000
87 Haute Vienne	14 867 454	14 237 000	3 561 801	3 323 000	436 708	415 000
88 Vosges	11 204 944	10 746 000	3 071 795	3 000 000	435 413	414 000
89 Yonne	11 671 712	11 231 000	3 203 405	3 348 000	408 287	388 000
90 Territoire de Belfort	3 940 000	3 411 000	1 126 856	1 150 000	293 980	279 000
91 Essonne	11 087 352	10 105 000	8 317 822	7 798 000	961 786	914 000
92 Hauts de Seine	3 552 350	4 485 000	8 750 386	8 405 000	1 049 596	997 000
93 Seine Saint Denis	20 678 762	19 567 000	12 059 849	11 234 000	1 198 048	1 138 000
94 Val de Marne	18 338 553	16 762 000	10 292 251	9 420 000	1 044 684	992 000
95 Val d'Oise	12 921 126	12 146 000	8 900 184	8 156 000	970 608	922 000
971 Guadeloupe	12 939 026	13 586 000	3 854 326	3 488 000	463 860	441 000
972 Martinique	13 806 215	13 269 000	3 816 958	3 590 000	467 322	444 000
973 Guyane	2 028 309	1 880 000	1 331 071	1 244 000	344 252	327 000
974 Réunion	21 147 636	20 550 000	7 357 708	6 975 000	755 419	718 000
975 Saint Pierre et Miquelon	147 371	116 000	58 584	—	—	—
977 Saint Barthélemy	155 331	—	255 676	—	—	—
978 Saint Martin	399 079	374 000	—	—	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>1 621 507 568</b>	<b>1 526 637 000</b>	<b>527 778 398</b>	<b>496 049 000</b>	<b>60 000 000</b>	<b>57 000 000</b>

TOTAL concours et concours prévisionnels	CUMUL SUR SIX ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2011	Total 2006-2011	Total 2006-2011
21 531 372	92 847 428	26 262 215	2 403 956
18 271 408	69 565 279	31 136 249	2 844 979
8 399 477	36 832 137	11 599 872	1 515 281
12 700 509	55 649 683	14 476 102	1 864 005
26 974 054	111 501 852	38 026 348	3 382 877
7 863 387	34 181 841	9 490 389	1 551 492
29 527 858	123 980 485	36 006 210	3 117 278
33 013 148	121 870 465	52 009 059	4 458 178
12 524 907	58 412 514	14 071 697	1 581 769
84 766 223	351 561 930	141 426 983	9 661 959
20 663 798	64 750 900	44 052 786	3 596 775
14 542 329	64 571 199	15 497 354	1 830 356
59 392 119	261 528 000	78 689 105	5 840 948
24 399 509	104 414 647	31 960 452	3 005 087
27 253 960	118 859 926	32 277 899	2 906 159
13 299 319	59 776 058	13 821 516	1 617 212
22 525 024	98 493 760	23 418 901	2 185 937
32 167 735	121 322 780	53 438 766	4 621 305
22 090 310	77 240 804	36 162 466	3 349 388
46 674 077	172 124 780	79 775 199	6 293 817
9 285 674	40 214 340	12 031 210	1 687 370
26 084 999	118 433 786	28 723 850	2 625 225
21 495 017	96 166 132	26 450 873	2 690 112
11 139 155	42 261 299	18 617 656	2 113 107
14 558 283	47 451 376	27 819 834	3 128 337
27 171 717	88 415 726	81 870 694	7 520 500
43 845 943	180 573 400	69 313 716	4 870 981
23 521 185	65 717 057	57 216 800	5 267 306
20 228 176	51 631 599	52 483 392	5 217 558
16 518 385	74 389 971	17 428 103	2 067 378
22 716 641	94 643 565	33 299 365	2 802 445
20 452 092	94 448 688	20 330 353	2 064 131
11 959 311	52 896 084	13 192 091	1 625 759
40 292 483	177 675 603	44 854 383	3 719 555
19 346 741	82 844 461	24 401 642	2 574 098
23 417 780	97 732 152	28 279 733	2 785 571
17 080 889	74 504 948	20 712 704	2 317 791
18 865 964	85 127 658	21 042 228	2 115 243
14 712 152	62 918 849	18 872 865	2 132 073
15 283 404	65 835 554	20 960 597	1 984 803
5 360 835	20 427 531	6 818 467	1 377 689
20 366 960	55 869 887	49 694 473	4 801 065
13 352 332	24 342 137	52 631 846	5 200 301
33 936 659	118 034 828	71 213 021	5 917 088
29 675 487	102 850 309	61 532 767	5 203 231
22 791 918	70 007 755	52 530 112	4 841 197
17 257 212	122 070 069	24 449 228	2 349 237
18 090 495	79 074 876	23 464 968	2 280 437
3 703 632	11 618 815	7 700 594	1 594 480
29 260 763	173 691 129	44 811 146	3 706 402
205 956	405 021	–	–
–	291 581	–	–
399 079	1 088 592	241 296	–
<b>2 208 874 959</b>	<b>9 229 301 299</b>	<b>3 143 646 710</b>	<b>295 000 000</b>

## ► **Annexe 3 – Ajustements 2011 des PRIAC, période 2011-2013** Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

(Analyse générale qualitative et quantitative au 20 septembre 2011)

### **LA CONDUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS DE PROGRAMMATION MÉDICO-SOCIALE EN 2011, ANNÉE DE TRANSITION**

La poursuite de la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 a conduit, courant 2010, au lancement des travaux sur les projets régionaux de santé (PRS).

L'actualisation, en mai 2010, des PRIAC pour la période 2010-2013 constituait un exercice de transition vers le nouveau mode de programmation.

L'année 2011 a constitué une seconde année de transition puisque les PRS et les schémas qui les composent devaient être adoptés au plus tard fin 2011-courant 2012.

Une instruction (février 2011) a donc identifié les conditions d'une actualisation *a minima* des PRIAC en 2011: il s'agissait exclusivement, pour les ARS, de confirmer ou d'ajuster les priorités de premier rang établies dans le PRIAC 2010-2013, ajustements dans le temps et dans les volumes financiers, au regard de trois motifs.

#### **► Poursuivre la mise en œuvre des plans et programmes nationaux à un stade crucial de leur réalisation et dans un contexte de modification des modalités d'allocation de ressources**

L'actualisation des PRIAC devait notamment tenir compte des éléments suivants :

- la poursuite des efforts de création de places par transformation ;
- une vigilance sur la programmation de places d'EHPAD (les objectifs du plan Solidarité grand âge étant déjà entièrement couverts pour l'accueil en hébergement permanent) ;
- une nécessaire amélioration de la place donnée aux SAMSAH et aux SSIAD pour adultes handicapés dans les priorités régionales.

#### **► Tenir compte de l'impact des enveloppes anticipées complémentaires, déléguées en 2010, qui portent sur les exercices 2011, 2012 et 2013**

Ces dotations, qui concrétisent la pluriannualité budgétaire pour les trois exercices à venir et la capacité d'engagement des ARS, n'avaient pu être prises en compte dans les PRIAC 2010-2013, compte tenu du caractère tardif des notifications en 2010.

#### **► Identifier les modifications parfois importantes dans les priorités de programmation des conseils généraux, intervenues depuis 2010**

Ces modifications avaient été signalées par une majorité d'agences régionales de santé et confirmaient une tendance déjà observée l'année précédente.

Il n'a pas été demandé dans cette actualisation minimale de déterminer les priorités de financement par objectifs et territoires pour 2014 (l'exercice 2014 relevant des options du schéma régional d'organisation médico-sociale – SROMS –, qui sera validé ultérieurement).

## LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMATIONS ACTUALISÉES EN 2011

Pour rappel, le niveau des notifications réalisées depuis 2009, et qui couvrent la période 2011-2013, est le suivant (en millions d'euros):

	Personnes âgées	Personnes handicapées
2011	81,8	102,7
2012	90,1	107,1
2013	9,7	91

Les notifications pour 2011 sont intervenues pour partie en 2009 et pour partie en 2010 (après l'actualisation du PRIAC 2010).

### ► Des volumes programmés qui traduisent un tassement de la programmation à partir de 2013 mais qui restent importants, avec une montée en charge en 2012

Les montants programmés pour les années 2011 à 2013 ont connu un certain tassement entre les PRIAC 2010 et l'actualisation 2011. Dans le cadre de l'actualisation 2011 des PRIAC, les ARS ont procédé à une nouvelle priorisation afin de ramener le niveau de programmation de la première année du PRIAC à un niveau plus proche des crédits notifiés, conformément au cadrage juridique qui régit l'exercice.

### ► Qu'il s'agisse du champ des personnes âgées ou du handicap, des volumes programmés 2011 et 2012 plutôt en cohérence avec le niveau des notifications 2010 (à l'exception des enfants) mais qui dépassent le niveau des notifications au titre de l'exercice 2011

#### • Dans le champ des personnes âgées

Si l'on compare le niveau des programmations prévisionnelles de 2011 pour les années 2011-2013 au montant des dotations 2010 de mesures nouvelles (dernier exercice sous l'ancien régime de notification : *autorisations d'engagement (AE) = crédits de paiement (CP) en année N*), l'évolution des financements prévisionnels est en net retrait. Mais ce niveau reste toutefois bien supérieur au montant des notifications intervenues au titre de l'exercice 2011. Cela traduit un effort important de priorisation des programmations prévisionnelles mais qui se révèle encore insuffisant compte tenu du rythme des notifications actuelles.

#### • Dans le champ des personnes handicapées

Pour l'année 2011, les niveaux de programmation enfants et adultes de priorité 1 sont proches de ceux notifiés en 2010, principalement pour le champ des adultes. En effet, ils représentent 95 % du montant notifié pour les adultes et dépassent de 9 % le montant notifié pour les enfants.

Pour l'année 2012, l'ensemble des programmations (adultes et enfants confondus) représente 116 % du niveau des montants notifiés en 2010, soit un écart sensible.

On constate donc une persistance de la pression sur les secteurs enfants et adultes, avec une pression beaucoup plus forte pour les enfants, traduisant des besoins de financement sur la période qui se situent au-delà des prévisions du programme pluriannuel de création de places.

#### • Sur les deux champs (personnes âgées et personnes handicapées)

Le niveau de programmation prévisionnelle pour 2011, comparé aux montants notifiés en 2010, est très variable d'une région à l'autre, même si la tendance générale est celle d'un certain tassement pour 2011. L'analyse régionalisée des programmations prévisionnelles 2011-2013 a permis d'identifier le niveau de risque pour chaque ARS et de transmettre un message spécifique à chacune d'entre elles pour la mise en œuvre de la programmation du solde des plans.

### ► Dans ce contexte de transition (antérieur au régime « PRS »), un taux de couverture financière du PRIAC inégal selon les régions pour l'exécution du solde des plans et programmes

#### • Dans le champ des personnes âgées

L'analyse comparée des PRIAC, des enveloppes anticipées (EA) d'ores et déjà notifiées pour la période 2011-2013 et des projections d'EA réalisées par la CNSA pour l'exécution du solde des plans aboutit à des taux de couverture des PRIAC qui sont très largement inférieurs à 100 % dans vingt-deux régions sur vingt-six.

Vingt-deux régions ont en effet des niveaux de programmation qui dépassent largement les EA prévues, dont quinze pour lesquelles le taux de couverture des programmations par les EA (notifiées et à venir) est inférieur à 50 %.

#### • Dans le champ des personnes handicapées

Les taux de couverture des programmations par les enveloppes anticipées sont très hétérogènes d'une région à l'autre.

En effet, douze régions sur vingt-six réalisent une « surprogrammation », et parmi elles, deux ont un taux de couverture de leur programmation par les EA et AE notifiées de moins de 75 %.

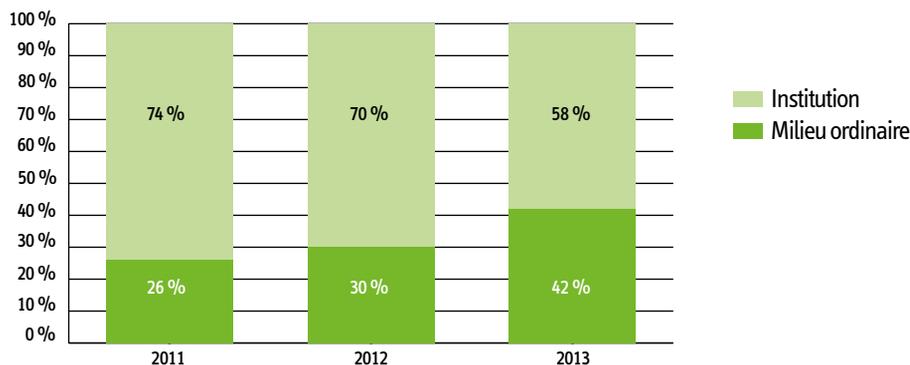
Huit régions ont, à l'inverse, plutôt « sous-programmé » par rapport aux EA notifiées et prévues. Ce qui aboutit, pour sept d'entre elles, à un certain manque de visibilité du PRIAC sur la fin de la période quant à l'identification des besoins de financement prioritaires.

## LES PRINCIPALES TENDANCES QUI SE DÉGAGENT SUR LA PÉRIODE 2010-2013

### ► Une priorisation persistante des ARS en faveur des EHPAD

Les EHPAD représentent en moyenne 69 % de la programmation 2011-2013 des ARS, soit 7 points de plus qu'en 2010, ce qui est peu cohérent avec la volonté de développer le soutien à domicile.

#### ■ Répartition des places programmées au PRIAC par mode d'accompagnement et année de financement – Personnes âgées



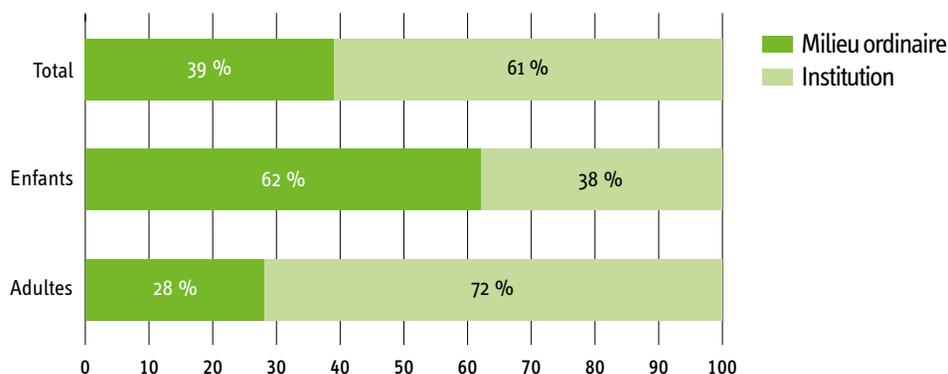
### ► Dans le champ du handicap, tendances inversées entre les adultes et les enfants handicapés

Dans le secteur des adultes handicapés, la primauté donnée à l'institution est présente : la programmation sur la période est consacrée en moyenne à 72 % aux institutions.

Elle s'opère dans un contexte de constitution d'une offre médico-sociale avec hébergement pour les personnes les plus lourdement handicapées, dont la durée de vie avec incapacités augmente, et pour les personnes qui doivent sortir de l'hôpital et ne peuvent vivre à domicile, même accompagnées.

Dans le champ des enfants handicapés, la tendance est rigoureusement inverse : en 2010, la part des programmations prévisionnelles consacrée aux institutions était de 37 %. Elle est en moyenne, sur la période, de 38 % (poursuite du soutien à l'intégration en milieu ordinaire).

### ■ Répartition des places programmées au PRIAC par mode d'accompagnement

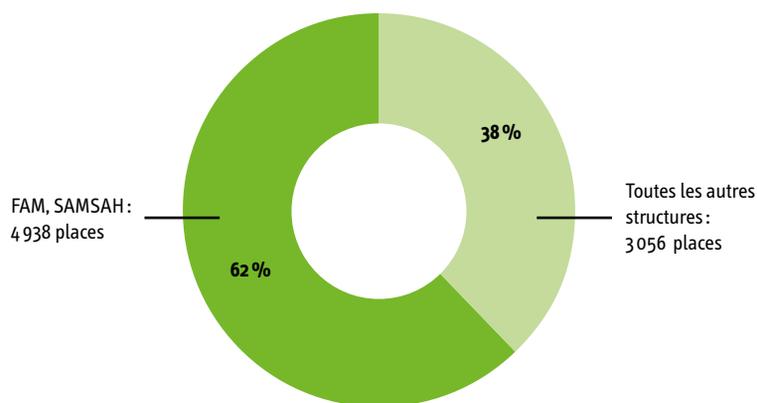


### ► Le poids des projets faisant l'objet de cofinancements avec les conseils généraux

Compte tenu de la très forte primauté donnée à l'institution dans les programmations régionales à destination des personnes âgées, les EHPAD, accueils de jour et hébergements temporaires, projets faisant appel à des cofinancements, sont prépondérants. La coordination des programmations régionales (SROMS/PRIAC) et des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale en est d'autant plus importante.

Dans le champ des adultes handicapés, en revanche, il s'agit d'une nouveauté car en 2010 (de même que les années précédentes), les projets faisant appel à des cofinancements ne représentaient que 40 % du total des programmations de niveau de priorité 1. **Les projets de foyers d'accueil médicalisé (FAM) et de services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées (SAMSAH) représentent, dans l'actualisation 2011, 62 % de la programmation en nombre de places, soit une très nette inversion de tendance par rapport aux années antérieures.** De même, parmi les places créées par transfert du champ sanitaire vers le champ médico-social, les places de FAM sont plus nombreuses que les places de maisons d'accueil spécialisées (MAS).

### ■ Programmation en faveur des adultes handicapés (en nombre de places et pourcentage de la programmation) – Priorités 1 du PRIAC uniquement



### ► **Un point de vigilance : la baisse de la programmation de projets de création de places issues de transformation de places ou dispositifs existants**

Sur le total des places programmées en niveau de priorité 1 au PRIAC 2011-2013, la création par transformation de places existantes ne représente plus que 10 % des projets prévisionnels (contre 13 % lors de l'actualisation 2010 des PRIAC). C'est notamment pour les enfants qu'elle est le plus en retrait par rapport à 2010 puisqu'elle passe de 23 % à 19 % des programmations. Pour les adultes, elle était de 8 % et passe à 6 %.

#### • **Médicalisation de foyers de vie**

Seulement trois régions programment des places de médicalisation de foyer de vie et ce, pour un total de 122 places programmées en priorité 1. Cela représente 163 places dans cinq régions, tous niveaux de priorité confondus.

#### • **Transformation de places d'IME pour la création de places de SESSAD**

Onze régions programment, toutes priorités confondues, 442 places de SESSAD créées par transformation, dont neuf régions et 339 places en priorité 1.

#### • **Transferts issus du champ sanitaire (toutes priorités)**

Pour les adultes handicapés, 452 places se répartissent entre dix régions et concernent essentiellement des projets relatifs au handicap psychique. Il s'agit en grande partie de projets cofinancés.

Ces 452 places comprennent 195 places de FAM (pour 4,8 M€) et des SAMSAH (0,8 M€). Les MAS représentent 178 places (et 15,6 M€).

Pour les enfants handicapés, les 125 places identifiées concernent deux régions, dont 124 places pour la région Provence Alpes Côte d'Azur (projet relatif à la transformation d'une maison d'enfants à caractère social, pour enfants ayant une dysphasie).

**Ces constats s'inscrivent dans le contexte d'élaboration des projets régionaux de santé (PRS) et devront être réévalués au regard de l'effort d'adaptation de l'offre existante, axe majeur du futur SROMS.**

### ► **La mise en œuvre des plans thématiques**

#### • **Champ des personnes âgées : le plan Alzheimer**

Dans le total de la programmation prévisionnelle personnes âgées, les projets spécifiques consacrés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (UHR, PASA, SSIAD spécialisés) représentent 34,9 % des places programmées (ce volume est important mais se situe en deçà des notifications du plan Alzheimer pour les projets d'UHR et de SSIAD spécialisés rapporté à la période 2011-2012 du plan Alzheimer).

À noter que la part totale de la programmation dédiée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer atteint 48 % si l'on prend en compte l'ensemble des structures et dispositifs dont les ARS ont indiqué qu'ils s'adressaient à des personnes malades (EHPAD, accueil de jour – AJ, hébergement temporaire – HT) et pas uniquement les dispositifs spécifiques propres au plan Alzheimer. La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer contient donc des déclinaisons en dehors, *stricto sensu*, de la mise en œuvre du plan.

#### • **Champ du handicap : les enfants handicapés**

Les programmations dans le secteur des enfants handicapés portent, comme chaque année, sur des problématiques très diverses.

Pour ce qui est du milieu ordinaire, la problématique la plus importante concerne la déficience intellectuelle (ce qui est cohérent avec la prévalence de ce handicap).

Pour la programmation en milieu institutionnel, il s'agit de l'autisme.

Ces deux tendances principales confortent les politiques publiques nationales à l'œuvre qui cherchent à :

- développer l'accueil des enfants autistes ;
- poursuivre le développement des dispositifs d'appui à la scolarisation.

- **Champ du handicap : les adultes handicapés**

Contrairement au secteur des enfants, le secteur des adultes handicapés n'affiche pas de tendance aussi marquée. La programmation à destination des personnes en situation de handicap d'origine psychique représente une part importante (23,9 %) de la programmation totale, qu'il s'agisse du milieu ordinaire ou de l'accompagnement en institution. Cependant, la catégorie « toutes déficiences » reste dominante parmi les places programmées. Les déficiences intellectuelles continuent de représenter une part relativement importante de la programmation de places en institutions.

## CONCLUSION

Le PRIAC actualisé en 2011 est le dernier PRIAC décidé sous un régime antérieur à la mise en œuvre de la loi HPST. Il s'agit donc encore d'un PRIAC exprimant à la fois le besoin prévisionnel et la programmation financière des enveloppes notifiées. Toutefois, compte tenu de la phase transitoire dans laquelle il se situe, il permet de tirer certaines conclusions qui devront s'appliquer aux exercices de planification et de programmation des ARS en cours et à venir.

- **Redonner de la lisibilité aux agences régionales de santé sur les volumes mobilisables**

Les volumes de places programmés, qui se caractérisent par une faible cohérence d'ensemble, montrent la nécessité de redonner de la lisibilité aux ARS afin que les exercices de planification soient réalisés en tenant compte de la contrainte de l'ONDAM.

- **Mieux cibler les volumes de places à notifier en 2011 et 2012, par nature de services, pour tenir les objectifs des plans**

Afin de garantir la mise en œuvre du programme pluriannuel de création de places, les programmations 2011-2013 montrent la nécessité :

- d'atténuer la priorité donnée aux établissements en faveur d'un rééquilibrage vers les structures d'accompagnement à domicile ;
- de poursuivre l'effort engagé sur les programmations mobilisant des financements conjoints assurance maladie et conseil général.

## ► Annexe 4 – Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées Bilan de l'exécution 2011 et retour sur les cinq dernières années

### BILAN DE L'EXÉCUTION DU PAI 2011

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées, en particulier, et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Les aides de la CNSA permettent ainsi de limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient payés par l'assurance maladie (secteur handicap) ou par l'usager (secteur personnes âgées), se substituant en partie à l'emprunt et donc en réduisant l'impact des frais financiers sur les tarifs. En outre, la « transférabilité » des subventions accordées permet d'accentuer cet effet en réduisant aussi l'impact de la charge d'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt également à la modernisation des structures existantes, enjeu particulièrement important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980, pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît. Depuis 2008, elle contribue aussi à la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer grâce à la priorité accordée aux unités d'hébergement renforcées (UHR) et aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), ces derniers faisant l'objet d'une enveloppe financière spécifique depuis 2010.

Depuis 2006, 2 297 opérations d'investissement ont été soutenues par la CNSA au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées (PH) et pour les personnes âgées dépendantes (PA), à hauteur de 1,58 milliard d'euros, ce qui représente un montant total de travaux de près de 10 milliards d'euros (soit un effet de levier supérieur à 6).

La contribution de la CNSA au financement de l'investissement des établissements et services médico-sociaux constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008<sup>(1)</sup>. Elle a été financée exclusivement sur ses réserves jusqu'en 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a ensuite affecté une fraction du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA) au financement de l'investissement à hauteur de 4 % en 2011 (2 % PA et 2 % PH).

#### ► Montant délégué aux ARS

Le Conseil de la CNSA a approuvé, le 12 avril 2011, le montant et les orientations d'un PAI 2011 à hauteur de 113,3 M€, financé à la fois par les recettes affectées par la LFSS (4 % des recettes de CSA) et par le report de la part de la sous-enveloppe dédiée aux PASA non consommée en 2010, soit un montant de 20,5 M€. Ce PAI était réparti de la façon suivante : 66,9 M€ pour la sous-section personnes âgées (dont 41 M€ affectés aux PASA) et 46,4 M€ pour la sous-section personnes handicapées.

Toutefois, afin d'assurer le strict respect de l'ONDAM, il a été décidé, en application de la loi du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014<sup>(2)</sup>, de mettre en réserve en début d'année 100 M€ sur l'ONDAM médico-social, dont 71,3 M€ s'imputant sur le PAI 2011, hors aide à l'investissement destinée aux structures du plan Alzheimer<sup>(3)</sup>.

(1) Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Le III de l'article 8 de la loi prévoit que, pour garantir le respect de l'ONDAM, une fraction minimale de 0,3 % de l'objectif est mise en réserve au début de chaque exercice.

(3) Cf. point 5 de la circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

En conséquence, l'instruction du directeur de la CNSA du 20 juin 2011 relative au PAI pour 2011 n'a concerné que les contrats de plans État-région (CPER déjà provisionnés sur le budget 2009 de la CNSA) et la mise en œuvre des objectifs d'aide à l'investissement pour l'installation des PASA, avec une enveloppe financière de 41 M€.

## ► Notification des subventions allouées

### • Enveloppe PASA

L'instruction du 20 juin 2011 permettait aux EHPAD de bénéficier, dans le cadre d'aménagements architecturaux nécessités par la mise en place de PASA, d'une subvention dont le calcul est établi sur la base d'un coût d'investissement maximal recommandé de 25 000 € à la place et d'un taux d'aide plafonné à 40 % de la dépense subventionnable, avec possibilité de dérogation sur rapport motivé du directeur général de l'agence régionale de santé.

Vingt-cinq régions ont transmis leur programmation régionale PASA 2011 entre les mois de septembre et décembre 2011 (seule une région n'a pas fait part de demande de financement). Avant instruction, le montant demandé sur l'enveloppe PASA était de 34,9 M€ pour 296 dossiers.

Le contrôle effectué par la CNSA a porté d'abord sur l'éligibilité des dossiers au regard des dispositions de l'arrêté interministériel du 24 juin 2011 relatif au PAI 2011 et de celles de l'instruction du 20 juin 2011.

Dans ce cadre, en vue de garantir la réalisation des objectifs du plan, il a été décidé :

- de plafonner la dépense subventionnable par place de PASA à 25 000 €, conformément à la recommandation de l'instruction ;
- de ne pas retenir, conformément à l'article 2-II de l'arrêté du 24 juin 2011 rendant inéligibles, sauf exception, les opérations de moins de 400 000 €, celles dont la dépense subventionnable était inférieure à 50 000 €, ces opérations représentant un motif d'intervention de l'aide de la CNSA insuffisamment pertinent (malgré l'exception par nature que constituent les PASA à ce seuil réglementaire) ;
- l'appréciation des dérogations au taux plafond de 40 % en fonction de la nature des opérations (notamment, dépassement accepté pour les opérations où la création du PASA s'inscrivait dans une opération globale de restructuration, de reconstruction ou de création) et en fonction de l'impact sur le prix de journée (dérogation refusée si l'impact de l'investissement était limité à moins de 1 €/jour).

À l'issue de ce contrôle, un montant de 28 274 798 €, soit 69 % de l'enveloppe PASA, a été notifié au bénéfice de 260 opérations, pour un montant moyen d'aide par projet retenu de 108 749 €.

Ce plan, notifié à la toute fin de l'année 2011, n'a pu faire l'objet d'aucune consommation au 31 décembre 2011.

### • Crédits au titre des contrats de projets État-région (CPER 2007-2013)

La liste des opérations inscrites dans les CPER 2007-2013 transmise par la DGAS (devenue DGCS) lors de la reprise du financement par la CNSA et les justificatifs demandés aux services déconcentrés ont permis d'identifier pour les cinq années 2009 à 2013 un besoin de financement de l'ordre de 165 M€. Ce montant a fait l'objet d'un provisionnement dans les comptes 2009 de la CNSA : la réalisation de ces opérations ne mobilise donc pas les crédits destinés au PAI.

En 2009, une première tranche de 30 M€ a été notifiée à ce titre, étant précisé qu'en outre, 20,8 M€ d'opérations inscrites aux CPER ont été financées dans le cadre du plan de relance de l'investissement, doté de 70 M€. En 2010, une seconde tranche de 52,6 M€ a été notifiée.

Concernant la tranche 2011 des CPER, après contrôle de cohérence (notamment sur l'éligibilité des dossiers et la date de démarrage des travaux) et de complétude des éléments adressés par les régions, trente-trois opérations ont été notifiées pour un montant total de 33,2 M€ : 22,4 M€ sur le champ des personnes âgées pour vingt et une opérations, et 10,8 M€ sur le champ des personnes handicapées pour douze opérations.

Sur les 165 M€ disponibles au titre des CPER 2009-2013, il restera donc un solde de 49,2 M€ à notifier sur les années 2012 et 2013.

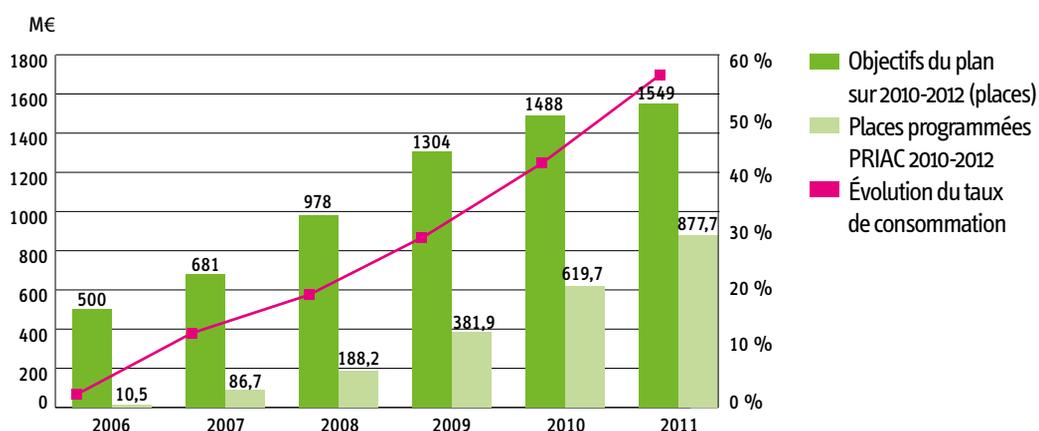
## CONSOMMATION DES PAM/PAI <sup>(4)</sup> DEPUIS 2006

La consommation 2011 des PAM et PAI 2006 à 2010 (incluant les CPER déjà notifiés depuis 2009) s'établit à 258,2 M€ et se décompose comme suit :

- 62,3 M€ pour le PAM 2006, dont 40,2 M€ pour les personnes âgées et 22,1 M€ pour les personnes handicapées ;
- 28,9 M€ pour le PAM 2007, dont 21,2 M€ pour les personnes âgées et 7,7 M€ pour les personnes handicapées ;
- 61,9 M€ pour le PAI 2008, dont 47,5 M€ pour les personnes âgées et 14,4 M€ pour les personnes handicapées ;
- 77,5 M€ pour le PAI 2009, dont 54,3 M€ pour les personnes âgées et 23,2 M€ pour les personnes handicapées ;
- 27,6 M€ pour le PAI 2010, dont 19,0 M€ pour les personnes âgées et 8,6 M€ pour les personnes handicapées.

Ce montant est en progression sensible par rapport à 2010, où la consommation atteignait 237,8 M€ mais ne comprenait que quelques dossiers concernant le PAI 2010.

### ■ Évolution de la consommation des plans d'investissement 2006 à 2011



Une revue des opérations ayant subi un décalage, voire une annulation était en cours début 2012.

(4) PAM : plan d'aide à la modernisation, premier intitulé des plans d'aide à l'investissement de la CNSA en 2006 et 2007.

## **Annexe 5 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2010**

Résumé du dossier technique *MDPH : 5 ans déjà !*, paru en décembre 2011 et disponible sur le site internet de la CNSA

Après cinq ans d'existence, un grand nombre de MDPH présentent leur rapport 2010 comme un bilan d'étape, la période des pionniers paraissant pour beaucoup aujourd'hui achevée.

Les rapports d'activité, enrichis des statistiques d'activités transmises par les départements depuis 2006 et de l'exploitation des résultats des comptes administratifs 2010 des MDPH, permettent d'avoir un panorama complet du fonctionnement, des réussites, des marges de progrès, des freins et des contraintes de ce nouveau service public de proximité.

Il est souvent question de « forte tension » dans ces rapports pour qualifier le travail du directeur et de ses équipes.

Des enjeux différents quelquefois divergents et peu compatibles entre eux sont mis en évidence :

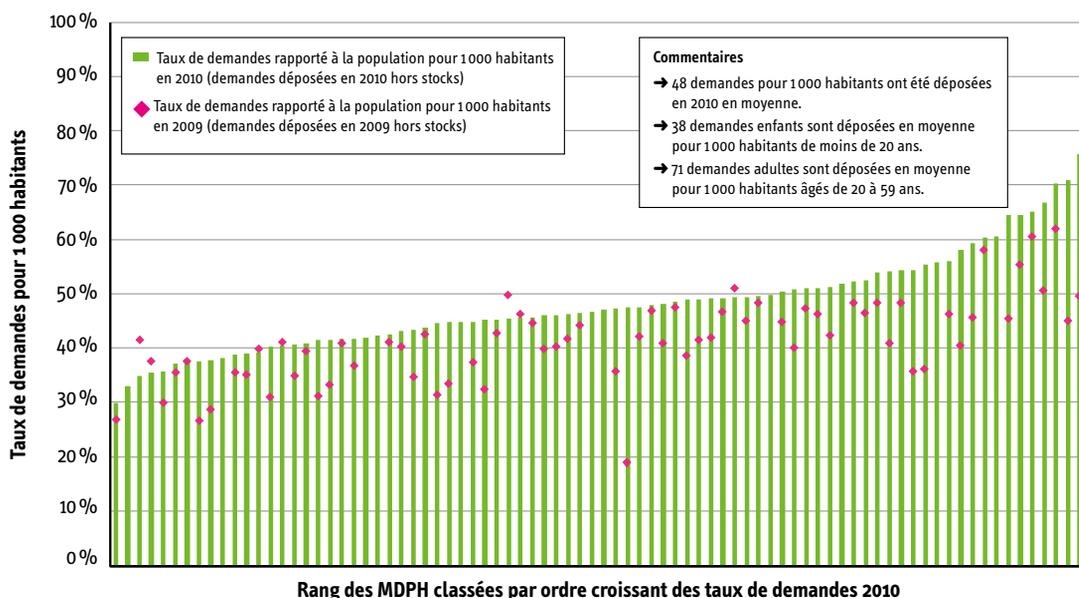
- faire face à un flux de demandes en constante augmentation, avec des moyens non corrélés ;
- assurer un traitement de masse et veiller à proposer des réponses personnalisées ;
- répondre à des obligations légales qui ne sont encore que partiellement remplies comme le respect des délais, la production de statistiques, la fonction d'observation ;
- adapter en permanence l'organisation pour mettre en œuvre les modifications successives par la poursuite d'une rationalisation des circuits et des outils de travail.

Ces rapports témoignent surtout d'un travail de qualité malgré une pression constante et un contexte économique et social difficile, où la MDPH, au carrefour des politiques publiques, est identifiée comme une voie de recours possible par les personnes handicapées et leur famille mais également par les professionnels d'un territoire.

## FAIRE FACE AUX DEMANDES TOUJOURS CROISSANTES

Cinq ans après la création des MDPH, le rythme d'évolution de l'activité reste soutenu. Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 15,2 % (échantillon 70 départements) en moyenne entre 2009 et 2010 pour 90 % des MDPH. 40 % d'entre elles enregistrent une augmentation de plus de 20 %.

**Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 30 à près de 76 selon les MDPH**  
**En moyenne, il est en nette augmentation par rapport à 2009 (+ 8 points) – Échantillon : 82 MDPH**



Source : échanges annuels départements/CNSA.

Le taux de progression des demandes de PCH est encore élevé en 2010 : + 29 % par rapport à 2009. Cette tendance semble perdurer en 2011. L'activité liée à la PCH ne représente que 6,8 % du total des demandes présentées à la MDPH mais mobilise beaucoup les équipes.

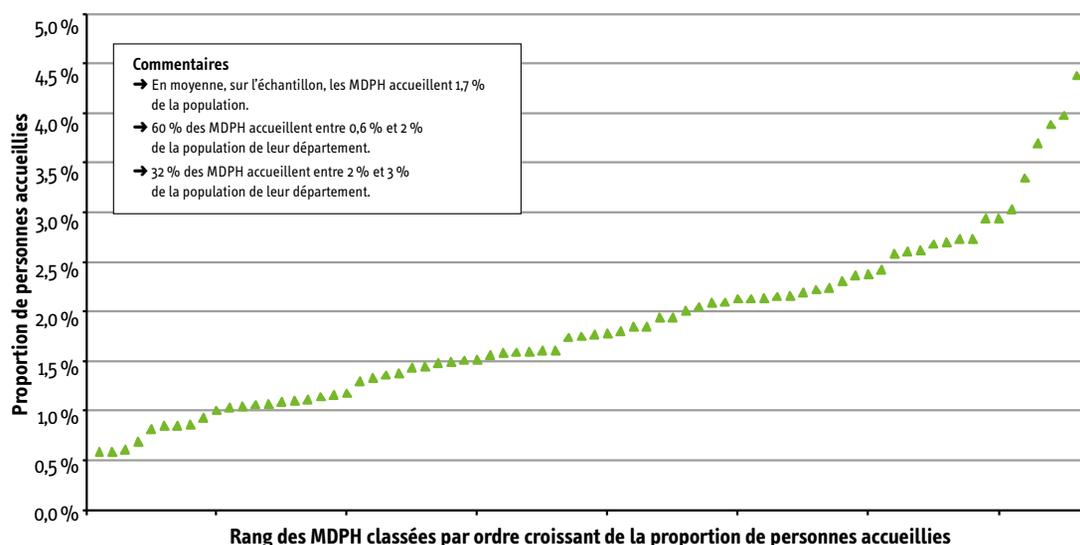
Dans un tel contexte de charge de travail croissante, on ne peut que remarquer la forte mobilisation des MDPH pour continuer à développer la qualité du service rendu, optimiser leur fonctionnement et réduire les délais de traitement des dossiers.

## OFFRIR UN SERVICE PERSONNALISÉ DE MEILLEURE QUALITÉ

### ► Identifié à la création des MDPH comme le premier service à structurer, l'accueil se professionnalise et se diversifie dans ses modalités

Les MDPH sont, en 2010, majoritairement installées dans des locaux adaptés et de qualité. Les rapports mettent en évidence le souci de maintenir et développer un accueil respectueux de la personne malgré les flux conséquents : 2 à 3 % de la population locale sont en effet reçus à l'accueil de la MDPH.

### Proportion de personnes du département accueillies physiquement par les MDPH en 2010 (et éventuellement par leurs relais lorsque l'accueil est territorialisé) – Échantillon : 77 MDPH



Les MDPH structurent une organisation rationalisée (distinction de l'accueil de premier et de deuxième niveau, souvent sur rendez-vous), développent les compétences des agents d'accueil par un réel effort de formation et favorisent la polyvalence. Elles expérimentent notamment, dans certains départements, les rapprochements de publics au sein de Maisons de l'autonomie (expériences du Cantal, de la Corrèze et de la Côte d'Or soutenues et suivies par la CNSA). Elles proposent des espaces de documentation se structurant en véritables pôles de ressources à l'échelle du territoire.

Beaucoup de MDPH se sont investies dans la qualité de l'accueil téléphonique avec la mise en place de logiciels apportant un certain confort pour l'usager et une lisibilité de son temps d'attente, tout en assurant une fonction de pilotage quantitatif et qualitatif de l'activité de la mission d'accueil.

Enfin, il convient de noter le développement de la territorialisation de l'accueil, passant souvent par une collaboration renforcée entre services départementaux, centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres locaux d'information et de coordination (CLIC), notamment.

**Exemples :** conventionnement avec les CCAS dans un département d'Île de France ; collaboration avec les vingt-trois unités territoriales d'actions médico-sociales (UTAMS) dans un département de la région Midi Pyrénées.

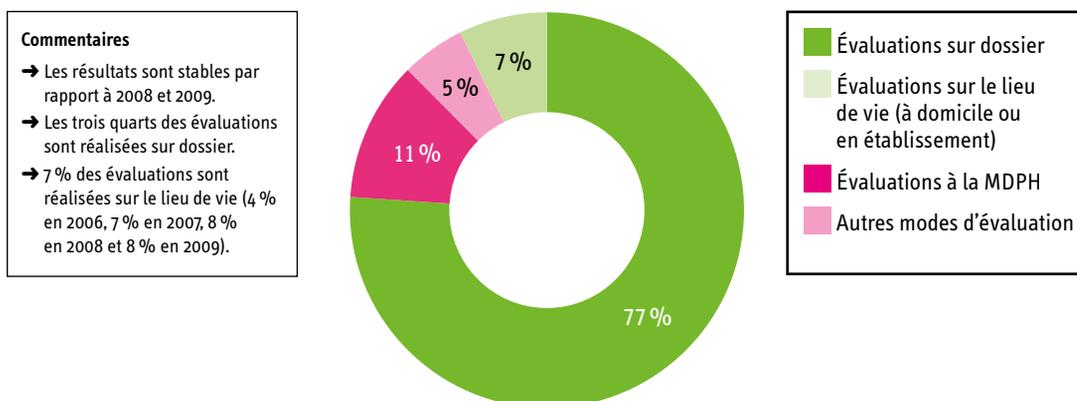
#### ► **Évaluation : comment garantir une approche qualitative dans un processus de masse ?**

Les rapports d'activité de l'année 2010 mettent particulièrement en évidence cette volonté permanente de progresser sur le concept de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité pour « *garantir un regard complémentaire et développer une culture commune* », tout en recherchant des modes d'organisation pour fluidifier le processus.

Ainsi, on remarque le développement d'instances de première lecture visant à définir le mode d'évaluation. La proposition d'un plan personnalisé de compensation reste cependant très minoritaire et se heurte à une imprécision quant à son contenu selon les équipes.

Même si seulement 20% des personnes sont rencontrées au sein de la MDPH ou à domicile, des progrès ont été accomplis en matière de recueil d'informations et de partage entre professionnels autour d'une situation. Le processus d'évaluation s'inscrit également dans un partenariat renforcé, notamment avec les établissements et services médico-sociaux et l'école, plus difficilement avec les secteurs publics de psychiatrie. Le partage des concepts d'évaluation des besoins (GEVA compatibilité) progresse également.

### Répartition des modes d'évaluation en 2010 Échantillon : 48 MDPH



Source : échanges annuels départements/CNSA.

Plusieurs rapports tentent d'analyser l'augmentation du nombre de demandes en évoquant notamment des sollicitations croissantes dans le champ de l'insertion professionnelle et de la scolarisation des enfants (hausse de 37 % depuis 2007 des demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) dans un département du sud de la France – augmentation de 26 % des premières demandes d'auxiliaires de vie scolaire en moyenne nationale).

Ils y voient les effets de plusieurs phénomènes :

- la réforme de l'AAH ;
- la mise en place du formulaire unique, favorisant les demandes multiples ;
- une meilleure information des usagers par les MDPH favorisant l'accès aux droits et aux possibilités données par la loi ;
- les évolutions démographiques et celles liées au vieillissement de la population, qui influeraient nécessairement sur les demandes de carte d'invalidité et de carte de stationnement ;
- le renforcement des pénalités (pesant sur les employeurs) relatives à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ;
- la situation de l'emploi et de la conjoncture économique générale.

#### Paroles de MDPH

Une MDPH du Sud-Ouest : « Il a fallu également préserver l'égalité de traitement des demandes des personnes handicapées et harmoniser les conceptions et les pratiques d'évaluation des professionnels ; c'est pourquoi deux formations leur ont été dispensées sur l'utilisation et l'appropriation du guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) ainsi que sur les principes et méthodologies de l'évaluation du handicap ».

Une MDPH du Centre : « La MDPH, en relation avec les responsables des établissements et services médico-sociaux, les services de l'Éducation nationale, et l'agence régionale de santé a piloté deux groupes de travail concernant, d'une part, la gestion de la demande de prise en charge en établissement pour les jeunes et des listes d'attente ; d'autre part, l'organisation et le fonctionnement des SESSAD ». Cette action a abouti à la création de la liste d'attente départementale et la mise en place d'un comité de suivi de cette liste, qui se réunit régulièrement. « Cette initiative a également préparé la démarche concertée pour une analyse de la demande et des besoins d'accueil en établissements et services médico-sociaux pour jeunes, utile pour réfléchir à une programmation des équipements. »

#### ► Scolarisation des enfants : un vrai défi pour les MDPH

En 2010, la hausse du nombre de demandes adressées aux MDPH concernant des enfants s'explique pour l'essentiel par la persistance de l'augmentation des demandes en matière de scolarisation. Nombreuses sont les MDPH qui pointent des taux d'augmentation à deux chiffres d'une année sur l'autre, concentrées sur les demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) et s'interrogent sur les raisons de ce phénomène : concrétisation de la volonté de scolarisation des enfants handicapés, mais également revendication des parents et des enseignants de disposer d'un AVS comme condition de la scolarisation. Ainsi, 62 000 enfants sont accompagnés à la rentrée 2010, donnée à mettre en perspective avec les 63 000 enfants accueillis en classes spécialisées (classes d'intégration

scolaire [CLIS] et unités localisées pour l'inclusion scolaire [ULIS]).

Cette activité importante, calquée sur le calendrier de l'année scolaire, nécessite une organisation spécifique pour les MDPH.

Les équipes des MDPH sont demandeuses de référentiels pour les aider dans leur pratique quotidienne. Le travail engagé en 2011 avec l'Éducation nationale et la CNSA, avec la participation de plusieurs MDPH, devrait répondre à cette attente.

Le développement de la scolarisation en milieu ordinaire n'a pas fait disparaître les possibilités de scolarisation en établissements médico-sociaux. Une articulation complexe se joue entre ces deux modes de scolarisation, entre alternative et complémentarité, selon les marges de manœuvre offertes par l'offre de places et le dynamisme des coopérations. En dépit de la forte progression de la scolarisation en milieu ordinaire enregistrée depuis 2005, le nombre d'orientations en établissement reste stable ou ne diminue que légèrement. En effet, certaines MDPH constatent que le dispositif d'accompagnement en milieu ordinaire ne permet pas localement d'apporter à court terme une réponse appropriée aux nouvelles demandes d'accueil des enfants et adolescents les plus lourdement handicapés, comme les jeunes autistes sévères et les enfants polyhandicapés. Cela se traduit par l'existence de listes d'attente et par des « orientations par défaut ».

Enfin, l'élément le plus récurrent dans l'articulation entre scolarisation en milieu ordinaire et orientation en établissements est l'incidence des amendements Creton (jeunes adultes maintenus dans des établissements pour enfants) sur l'ensemble des orientations. Dans plusieurs départements, le suivi détaillé des listes d'attente en instituts médico-éducatifs (IME), mais aussi en établissements pour adultes, conduit à l'hypothèse que la création de places pour les adultes pourrait avoir pour effet de supprimer les listes d'attente en IME, mais également dans une certaine mesure en CLIS et en ULIS, voire permettrait des redéploiements pour la création de places de SESSAD.

### ► Insertion professionnelle : l'impact de la réforme de l'AAH sur l'activité des MDPH

Les demandes liées à l'insertion professionnelle et à l'emploi (demandes relatives à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, notamment) représentent la moitié des demandes adressées aux MDPH par des personnes adultes. La réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui implique un traitement systématique des questions liées à l'emploi pour toute demande d'AAH, semble expliquer en grande partie cette proportion des demandes liées à l'emploi. Plusieurs MDPH émettent également l'hypothèse que l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, pour les entreprises de plus de vingt salariés et les services des trois fonctions publiques, et les pénalités financières qu'entraîne le non-respect de cette obligation ont très certainement un effet incitatif. Enfin, les MDPH mettent en avant un contexte économique et de l'emploi difficile et une gestion de la reconversion professionnelle insuffisamment anticipée.

Pour faire face à l'accroissement des demandes, les MDPH disposent de différents outils d'évaluation spécifiques et peuvent, pour certaines d'entre elles, s'appuyer sur des dispositifs locaux. À noter, également, la participation d'une dizaine de MDPH à l'expérimentation d'un outil d'évaluation de l'employabilité sous l'égide de la DGCS (lancement fin 2010).

**Outil intéressant dans une MDPH de Picardie :** un classeur intitulé « Mon parcours professionnel » élaboré avec un groupe d'acteurs du secteur professionnel permettant à la personne handicapée de garder une trace de ses démarches.

### ► Mise en œuvre et suivi des décisions : un objectif de travail pour la CNSA

Moins d'un tiers des rapports traitent de l'aval du dispositif, absence déjà regrettée dans les précédentes synthèses. Le sujet est essentiellement abordé pour le suivi des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux.

Allant de la gestion d'une liste d'attente à la mise en place d'une procédure d'admission en fonction des situations prioritaires et de l'état des places disponibles, les initiatives se développent dans le cadre d'un partenariat renforcé entre la MDPH et les établissements et services. Cette dimension implique, pour certaines MDPH, le développement de modules informatiques spécifiques.

Elle fait également émerger l'intérêt d'un « référent de parcours » en capacité de se mobiliser en cas d'alerte ou d'urgence, en écho à la fonction de coordonnateur-gestionnaire de cas déjà présente, à titre expérimental, dans le dispositif des MAIA (plan Alzheimer 2008-2012).

La MDPH, en passant de la gestion des situations individuelles à une démarche de connaissance collective de l'offre et des besoins, doit devenir le partenaire habituel de l'ARS et des services du conseil général.

### ► **Conciliation, médiation, recours : un besoin croissant d'expertise juridique au sein des MDPH**

Si ces missions apparaissent non prioritaires au moment de la création des MDPH, elles se sont largement développées. Certaines MDPH se sont dotées de la compétence d'un juriste pour traiter ces problématiques ou de postes dédiés au traitement des recours.

Le suivi des contentieux et la sécurisation des décisions sont au cœur des préoccupations. Parmi les services que la CNSA rend aux MDPH, l'assistance juridique est l'un des plus appréciés et reconnus.

Si la médiation reste une dimension peu évoquée dans les rapports et apparaît peu formalisée dans l'organigramme des maisons départementales, la fonction de conciliation semble maintenant bien structurée au sein des MDPH.

Le rôle du conciliateur est bien identifié et son action se développe autour de trois axes :

- l'explication de la décision ;
- l'examen, si nécessaire, d'une proposition de révision de la décision ;
- l'information de la personne et de ses proches sur leurs droits.

Dans les observations recueillies, c'est le temps d'écoute supplémentaire pouvant être accordé aux personnes qui est le plus souvent mentionné. Plusieurs MDPH confirment, comme en 2009, que la conciliation joue un rôle dans la prévention des contentieux ; elle est, de fait, un premier recours gracieux.

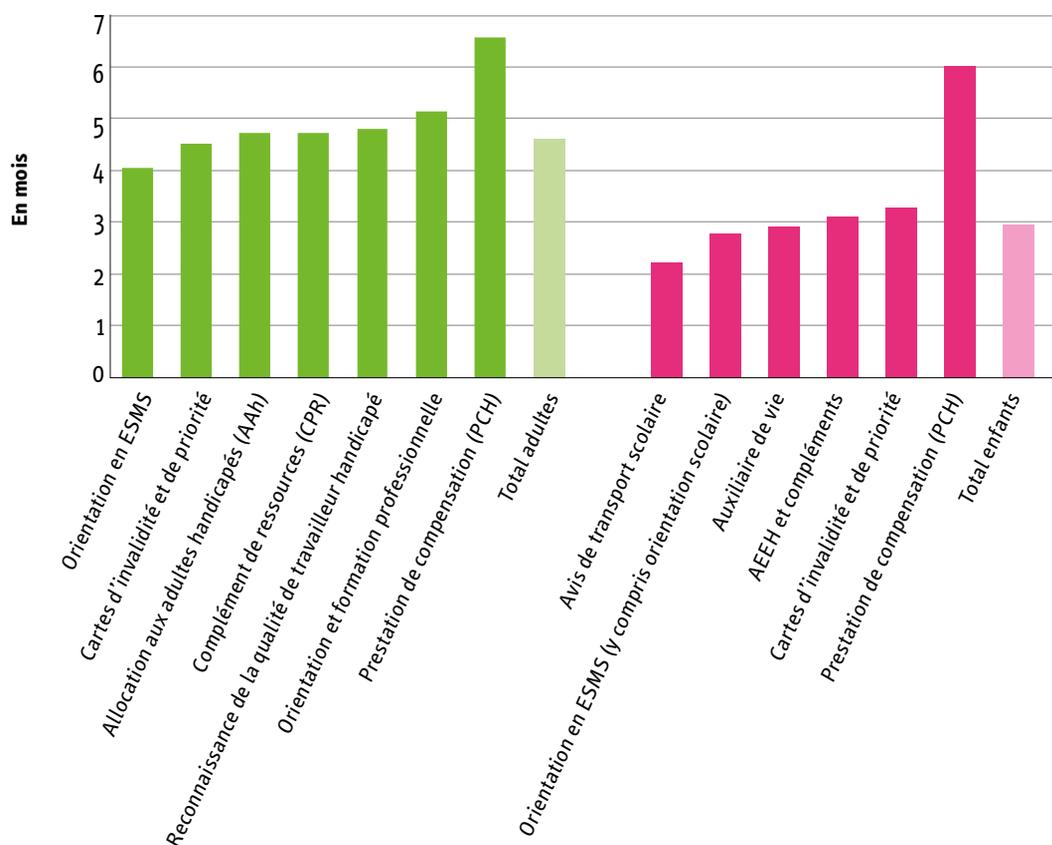
## **S'ORGANISER POUR FAIRE FACE À L'ENJEU QUANTITÉ/QUALITÉ**

### ► **L'impact de l'activité croissante sur les délais de traitement**

L'augmentation des demandes a en effet des conséquences directes sur les délais de traitement, malgré les efforts de rationalisation des processus et d'accélération de la prise de décision.

Si les délais, de façon globale, ne dépassent que de peu les quatre mois légaux, ils restent beaucoup plus importants dans le cas de la prestation de compensation, pour les adultes comme pour les enfants.

### ■ Délais moyens de traitement des demandes en 2010 des principales prestations et des orientations



Source : échanges annuels départements/CNSA.

### ► Des efforts conséquents de rationalisation des procédures et d'optimisation des moyens

Les rapports témoignent de cette recherche d'optimisation des organisations et des moyens tout en s'engageant dans des démarches de modernisation et en absorbant les nouvelles missions.

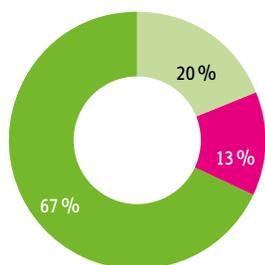
Ainsi, beaucoup de MDPH évoquent les travaux de formalisation de procédures internes et de réorganisation des services dans le cadre de projets de service ou de démarches qualité. À la recherche de marges de manœuvre, elles investissent l'ensemble des champs de l'instruction, de l'évaluation et de la décision afin d'en accélérer le processus sans réduire la qualité.

La fidélisation des professionnels de la MDPH et une véritable mobilisation en matière de ressources humaines apparaissent comme des axes stratégiques dans un contexte de fragilisation de ces services avec les départs massifs d'agents de l'État non remplacés. Ces départs se sont en effet accélérés début 2010 avec la réorganisation des services déconcentrés de l'État et la création des agences régionales de santé.

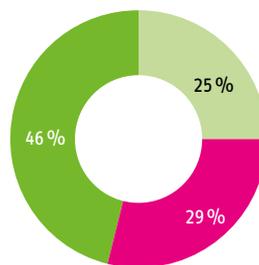
Certaines MDPH se penchent sur le fonctionnement de la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sur les modalités d'accueil des personnes handicapées par la commission et la recherche d'amélioration de son fonctionnement (temps de formation, recueil de la jurisprudence).

Il est également intéressant de mesurer l'impact des contributions des partenaires aux missions de la MDPH : pour 48 MDPH ayant fourni l'information, ce sont 175,2 équivalents temps plein (ETP) mobilisés et 8,7 M€ dédiés.

### Répartition des montants dédiés aux missions externalisées



### Répartition du nombre d'ETP dédié aux missions externalisées



Source : maquettes CNSA 2010.

Certaines MDPH développent des modalités de participation des usagers au fonctionnement de la MDPH : groupe de travail permettant de refondre les documents de notification des décisions afin de les rendre plus compréhensibles, mise en place de plateformes de bénéficiaires, création d'un pôle relations avec les usagers.

Il apparaît de plus en plus pertinent, compte tenu de la grande diversité des organisations, des procédures et du rythme de travail, d'approfondir ces différents modes de fonctionnement et d'évaluer leur impact sur les décisions et l'égalité de traitement.

**Exemples :** le lancement d'une démarche qualité dans une MDPH du Languedoc Roussillon ou la mobilisation de la plateforme de bénéficiaires pour l'amélioration du fonctionnement dans un département de Bretagne.

#### ► **Projet informatique des MDPH : un investissement pour l'avenir**

L'année 2010 a constitué, pour toutes les MDPH, la première année d'utilisation de leur logiciel de gestion local pour le traitement des dossiers des adultes et des enfants. Cette évolution a demandé une plus grande maîtrise de l'outil informatique par les personnels et elle a permis de démarrer le véritable dossier électronique de l'usager.

Ces projets informatiques ont contribué à une meilleure cohésion des équipes, de nombreux groupes de travail ayant été mis en place pour préparer les cahiers des charges, accompagner le déploiement et intégrer le nouvel outil dans les processus de travail renouvelés.

Les directeurs insistent néanmoins sur l'impact de la mise en place des nouveaux systèmes d'information sur les délais, certaines MDPH ayant dû mettre en place des modalités de gestion spécifique des stocks.

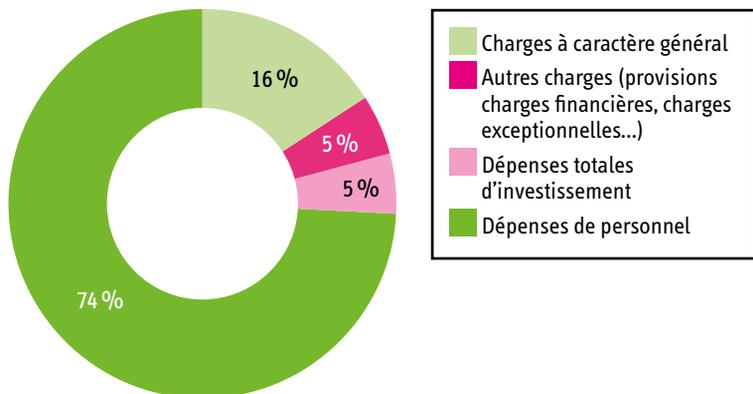
On note également une forte préoccupation sur la numérisation des dossiers et la gestion électronique des documents, témoins du processus de modernisation du traitement des dossiers au sein des MDPH.

Enfin, l'arrêté du 13 octobre 2010 complétant l'article D. 247 – 2 du CASF et publié au *Journal officiel* précise que les MDPH doivent transmettre à la CNSA des données non nominatives afin d'alimenter le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH). Ce dossier, grand chantier des années 2011 et 2012, est pris en compte avec la création de référents dans chaque département.

#### ► **Synthèse des données financières et efficacité des MDPH : un travail à approfondir avec les MDPH pour intégrer et faire valoir les spécificités**

L'analyse des comptes administratifs 2010 des MDPH permet de chiffrer les dépenses des MDPH à hauteur de 296,2 M€, en augmentation de 8 %, pour des recettes légèrement supérieures – 299,2 M€ répartis de la façon suivante entre les trois principaux financeurs : 40 % par les départements, 35 % pour l'État, 21 % pour la CNSA. Cet exercice est à parfaire, du fait, notamment, des difficultés à identifier et valoriser les prestations directes de certains contributeurs.

**Les grands postes de dépenses restent assez semblables depuis 2008**

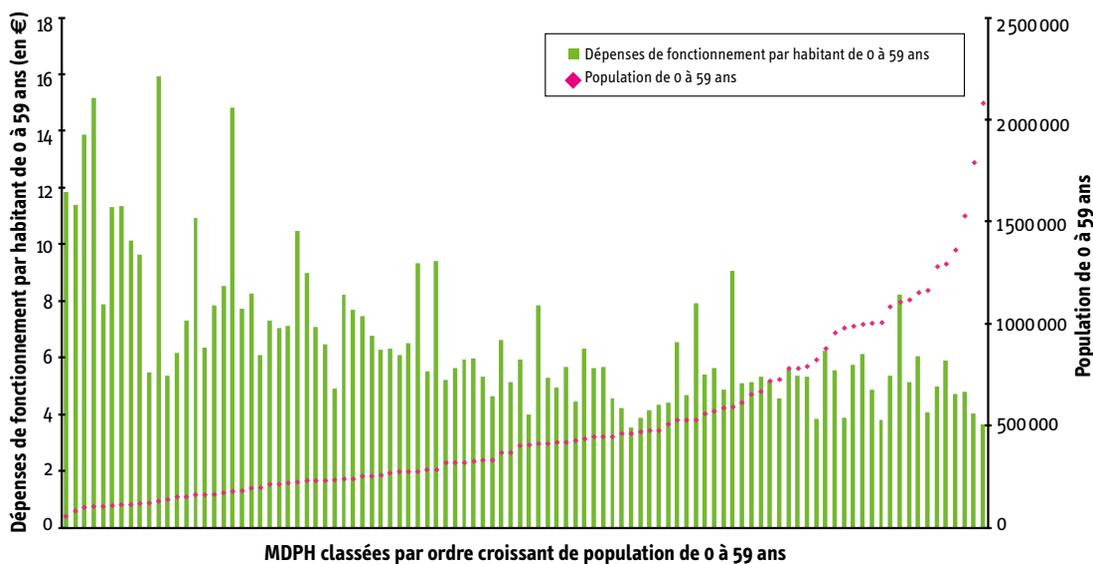


Les dépenses de fonctionnement ont été rapportées à la population, permettant ainsi une approche comparative (de type coût moyen par habitant). Ces premiers résultats doivent être reçus avec beaucoup de prudence : on observe en effet une grande dispersion du coût de fonctionnement d'une MDPH à l'autre, notamment dans les départements peu peuplés. Le coût varie dans un rapport de 1 à 3 pour certains départements de moins de 500 000 habitants.

La dépense moyenne par habitant de moins de 60 ans s'établit à 5,62 € (contre 4,80 € en 2008 et 5,20 € en 2009). La valeur la plus basse se situe à 3,50 € et la plus élevée à 15,90 €. Les départements les moins peuplés tendent à avoir un coût par habitant plus élevé. Cela résulte de frais incompressibles, quelle que soit l'importance de la population du département. Cet élément est d'ailleurs pris en compte dans les modalités de répartition du concours de la CNSA (60 M€) consacré au fonctionnement des MDPH, par l'affectation de 200 000 € par département (part fixe du concours).

Les chiffres doivent être rapprochés de l'hétérogénéité des moyens transférés par l'État à la création des MDPH, des efforts faits par les conseils généraux pour contribuer au fonctionnement de ces services ainsi que de la charge de travail qui pèse sur les MDPH.

**Dépenses de fonctionnement rapportées à la population**



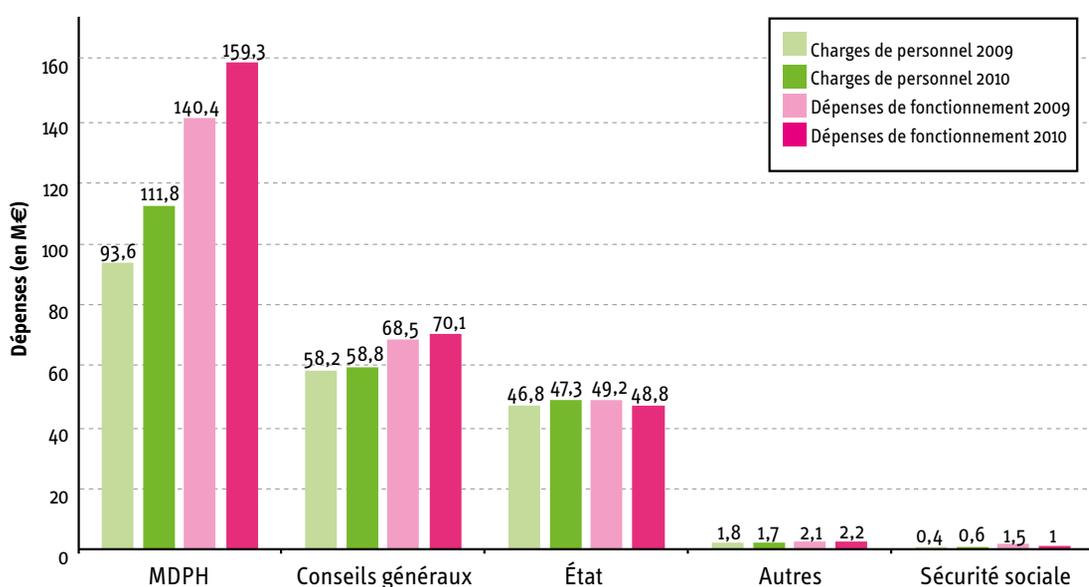
Source : maquettes CNSA 2010.

Le coût moyen d'une demande est d'environ 100 € avec un minimum à 50 € et un maximum à 200 €. Une corrélation entre le volume des demandes et le coût de fonctionnement de ces dernières a été recherchée mais aucun lien de causalité évident n'est apparu. Cela laisse supposer une grande hétérogénéité de départ dans les moyens affectés, dans les pratiques ainsi que des modes d'organisation variables au sein des MDPH, sans qu'il soit possible de déduire de ces seuls croisements de données de grandes lignes sur les organisations les plus efficaces. De plus, le périmètre des activités des maisons départementales peut varier fortement en fonction de l'appui que leur apportent les services des conseils généraux ainsi que des partenariats mis en place sur une ou plusieurs de leurs missions.

### ► Une évolution sensible des apports des différents contributeurs

Les apports des partenaires comportent les dotations qu'ils versent à la MDPH et les dépenses qu'ils effectuent pour la MDPH en fonctionnement et en investissement, valorisées dans la maquette budgétaire. Les proportions sont quasi identiques à celles de 2009.

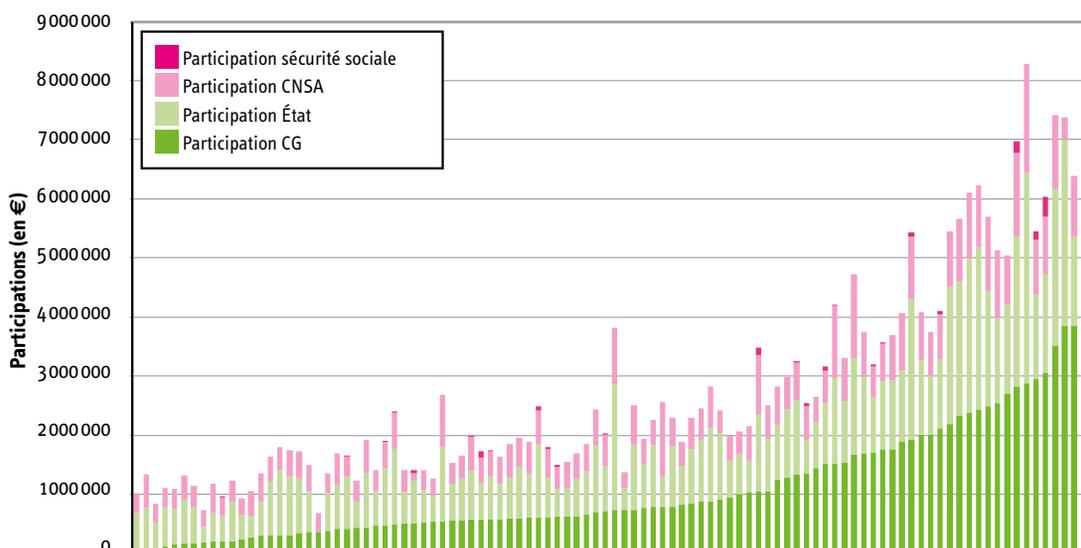
### ■ Évolution des charges de personnel comparées aux dépenses de fonctionnement



L'analyse de la structure respective des apports par contributeurs permet de constater :

- l'apport des conseils généraux, qui représente 39 % de l'ensemble des contributions, varie de 0 à 58 % selon les départements. Comme en 2008 et 2009, cette contribution semble peu liée à la population, même si elle apparaît généralement plus élevée dans les départements les plus peuplés ;
- la contribution de l'État représente, en moyenne nationale, 35 % des ressources du groupement d'intérêt public (GIP – 34 % en 2009). Elle varie de 0 à 68 % de l'ensemble des apports. Malgré une certaine dispersion, les contributions de l'État restent un peu plus importantes dans les départements moins peuplés ;
- par le biais de son concours, la CNSA contribue, comme en 2009, au fonctionnement du GIP à hauteur de 21 % des apports. Ses contributions s'étendent de 4 à 59 % et sont en général proportionnelles à la population de moins de 60 ans.

### Participations comparées des contributeurs du GIP – Ordre croissant des participations financières du conseil général (hors investissement)



Source : maquettes CNSA 2010.

Au-delà de cette analyse financière, il reste encore difficile d'apprécier le réel degré d'autonomie de fonctionnement dont disposent les GIP-MDPH par rapport aux services départementaux d'action sociale et autres services des conseils généraux. Il s'agit là très certainement d'un axe de progrès dans le recueil des données des prochains exercices.

#### ► Les professionnels des MDPH : triplement des effectifs en cinq ans

Ce sont en effet aujourd'hui près de 6 000 personnes (5 023 équivalents temps plein) qui travaillent dans les MDPH, alors que le nombre d'agents qui faisaient fonctionner les anciennes commissions ne dépassait pas 1 600 à la fin 2005. C'est dire le dynamisme des nouveaux services, résultat d'abord de la volonté des conseils généraux, qui se sont fortement impliqués dans le fonctionnement et ont fait face au désengagement de fait des services déconcentrés de l'État.

#### ► Fonds de compensation du handicap : une interrogation pour les MDPH

Ce service reste l'un des plus difficiles à gérer dans le fonctionnement des MDPH. Compte tenu du peu de visibilité nationale qu'on pouvait avoir sur ce dispositif, de l'incertitude, même, de sa pérennité du fait de l'arrêt des financements de l'État à partir de 2009, des enquêtes spécifiques ont été réalisées par la CNSA.

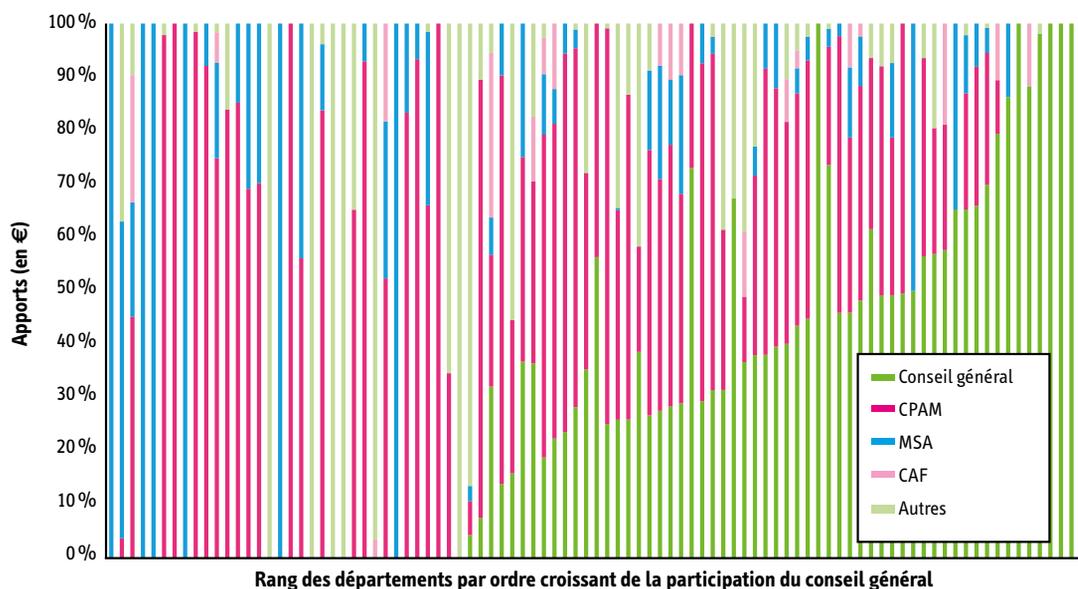
Les résultats confirment la grande disparité de la participation des contributeurs et des règles de gestion :

- 17 961 510 € de recettes et 21 714 202 € de dépenses ;
- dépense moyenne de 115 à 1 500 € pour 1 000 habitants ;
- tendance à la diminution des dépenses dans 60 % des départements.

Un grand nombre de départements ont choisi de restreindre les critères d'accès compte tenu des ressources incertaines. En effet, même si, du fait du désengagement de l'État, les fonds départementaux de compensation affichaient un solde positif de 28 995 663 €, cette situation globale masque une diversité importante : vingt-deux fonds affichent un solde négatif et six ont un solde nul.

Les équipes font également part de leur besoin croissant de référentiel pour orienter leurs décisions.

### Structure des apports 2010 aux fonds départementaux de compensation 93 fonds de compensation



Source : maquettes budgétaires 2009-2010.

## CONCLUSION

Au-delà des difficultés rencontrées, les rapports annuels 2010 témoignent des réelles perspectives d'évolution et de vraies ambitions au sein des MDPH. Les équipes semblent faire face avec beaucoup d'engagement à la charge de travail à moyens constants.

Ainsi les MDPH essaient-elles :

- de rechercher au quotidien des solutions individuelles équilibrées entre respect des droits des personnes et cohérence des dispositifs ;
- de s'assurer de l'équité des propositions, et de leurs possibilités d'application avec souplesse, souvent pour des situations individuelles difficiles ;
- de devenir un véritable centre de ressources pour la mise en œuvre la plus juste du projet de vie.

Il reste des points de vigilance : présence des projets de vie dans les demandes présentées aux MDPH, structuration des équipes pluridisciplinaires appelées à se déplacer davantage au domicile des personnes handicapées et développement des plans personnalisés de compensation.

Ces progrès sont en grande partie dépendants des moyens qu'elles sont capables de mobiliser. L'attente est donc forte des effets de la loi d'amélioration du fonctionnement des MDPH portée par le sénateur Blanc et votée le 28 juillet 2011 : adéquation des objectifs et des moyens, sécurisation des financements.

La CNSA poursuit ses actions d'accompagnement des MDPH. De nombreux rapports soulignent l'importance de ce soutien, facilitant l'harmonisation des pratiques et le passage d'une logique de réponse à une demande à la prise en compte de la situation globale de la personne.

L'examen des nouvelles conventions d'appui à la qualité de service avec l'ensemble des départements au cours du premier semestre 2012 est l'occasion, pour les présidents de conseil général comme pour la CNSA, de préciser les enjeux et de définir un cadre renouvelé de travail au service des personnes handicapées et de leur famille.



## ► Annexe 6 – Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2011

Conventions signées au titre de la modernisation et de la professionnalisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

Ce tableau rend compte des conventions signées pendant l'année 2011.

### Nouvelles conventions signées en 2011 (en euros)

01 – Convention avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
07 Ardèche	1 260 000	756 000	Axe 1 – Améliorer l'offre de service (aide aux aidants, soutien des professionnels du maintien à domicile) Axe 2 – Structurer l'offre de service (groupement de coopération sociale et médico-sociale, relais assistants de vie) Axe 3 – Qualifier les intervenants à domicile (promotion des métiers du grand âge et du handicap, plan départemental de formation, tutorat) Axe 4 – Moderniser la gestion des services (télégestion, encadrement intermédiaire)
08 Ardennes	417 335	218 874	Axe 1 – Développer l'offre d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées et renforcer l'adaptation de leur prise en charge à domicile (audit organisationnel des structures, études sur la qualité de l'offre de service, élaboration de référentiels départementaux, déploiement du CESU et de la télégestion) Axe 2 – Professionnaliser et valoriser les métiers (développer des actions de formation des accueillants familiaux)
2A Corse du Sud	720 000	360 000	Axe 1 – Modernisation des outils de gestion (télégestion) Axe 2 – Création d'un observatoire social et des besoins (déterminer l'offre globale, CESU, structuration des interventions à domicile) Axe 3 – Accompagnement des personnels aidants (supervision des pratiques professionnelles)
22 Côtes d'Armor	2 536 614	1 648 799	Axe 1 – Structuration de l'offre de service (mutualisation et coopération, télégestion, dématérialisation des échanges) Axe 2 – Professionnalisation des salariés et des encadrants et analyse des pratiques professionnelles Axe 3 – Soutien aux aidants et expérimentation d'accueil de jour itinérant Axe 4 – La valorisation des métiers
41 Loir et Cher	274 700	141 000	Axe 1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire, favoriser la formation des aides à domicile Axe 2 – Valoriser les métiers de l'aide à domicile Axe 3 – Développer la coopération et la coordination des services Axe 4 – Développer, accompagner et encourager les actions de prévention des effets liés à la perte d'autonomie
47 Lot et Garonne	600 350	311 050	Axe 1 – Renforcer le soutien aux aidants naturels (informations et ateliers de formation, baluchonnage) Axe 2 – Améliorer la formation des aidants professionnels (mutualisation des plans de formation, socle de connaissance commun, développement de la polyvalence) Axe 3 – Offrir un accueil familial de qualité (formation initiale et continue) Axe 4 – Moderniser la gestion des services d'aide à domicile (télégestion) Axe 5 – Structurer l'emploi direct

## 01 – Convention avec les conseils généraux

Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
53 Mayenne	84 468	50 681	Axe 1 – Accompagner l'évolution des services à la personne (étude des marges de progrès et mise en œuvre des actions correctrices) Axe 2 – Développer des outils d'information sur les autres modes d'intervention (mandataire, emploi direct) Axe 3 – Renforcer la professionnalisation des accueillants familiaux
62 Pas de Calais	6 130 500	3 138 500	Axe 1 – Contribuer à la modernisation des services (télégestion et CESU) Axe 2 – Développer la qualité de la prise en charge (certification, qualification, professionnalisation des accueillants familiaux) Axe 3 – Structurer les services (lisibilité de l'offre, coordination des réponses)
64 Pyrénées Atlantiques	1 909 500	1 093 500	Axe 1 – Professionnalisation de la gestion des services (télégestion) Axe 2 – Développement de nouveaux services (gardes de nuit, baluchonnage) et formation des professionnels Axe 3 – Soutien aux aidants familiaux Axe 4 – Sécurisation du maintien à domicile
72 Sarthe	899 000	540 500	Axe 1 – Promouvoir et soutenir l'accueil familial (formation) Axe 2 – Soutenir les services à domicile (mutualisation, télégestion) Axe 3 – Développer des actions de formation Axe 4 – Expérimenter les nouvelles techniques de communication et d'information dans l'aide à domicile (sécurité, lien social, coordination) Axe 5 – Soutenir les aidants familiaux (formation, solutions de répit innovantes)
86 Vienne	377 215	197 584	Axe 1 – Développer l'offre d'accompagnement (garde itinérante, spécialisation aux troubles psychiques) Axe 2 – Moderniser le fonctionnement des services d'aide à domicile (télégestion, système d'information) Axe 3 – Accompagner les démarches qualité (certification/harmonisation des pratiques professionnelles) Axe 4 – Formation des accueillants familiaux
87 Haute Vienne	1 595 170	650 568	Axe 1 – Développer et qualifier l'offre de service (tutorat, préformation, supervision, professionnalisation) Axe 2 – Professionnaliser les accueillants familiaux (formation initiale et continue) Axe 3 – Expérimenter les gérontechnologies au domicile (sécurisation) Axe 4 – Diagnostiquer l'offre territoriale de service à domicile

## 02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile

Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
Association des Paralysés de France	931 251	605 313	Axe 1 – Améliorer le pilotage du réseau et de ses entités (procédures partagées, indicateurs de pilotage) Axe 2 – Restructuration du système d'information partagé

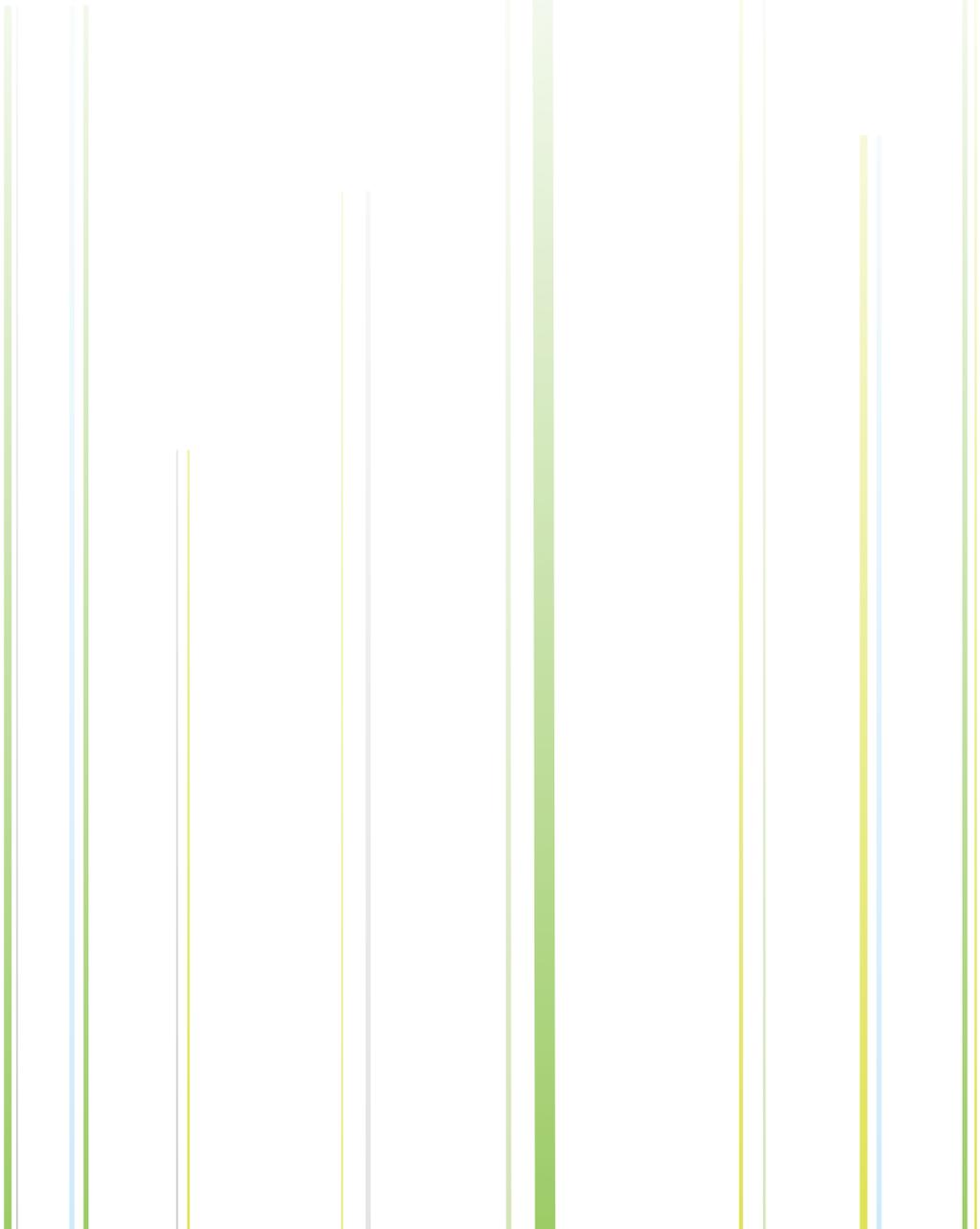
## 03 – Conventions relatives à la formation des aidants

Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
France Alzheimer	1 574 000	1 259 000	Axe 1 – Formation de 100 formateurs en 2011 et de 66 en 2012 Axe 2 – Mise en place de 300 sessions de formation pour 3 000 aidants en 2011 et de 450 sessions pour 4 500 aidants en 2012

## Conventions ayant donné lieu à un versement en 2011

Ce tableau rend compte des montants en euros versés en 2011 au titre des conventions signées (en 2011 et années antérieures). Le versement effectif des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'un bilan d'exécution par le partenaire.

01 – Convention avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2011
Conventions de modernisation de l'aide à domicile signées avec les conseils généraux	De 2007 à 2011	24 437 047	6 404 119
02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2011
UNA	12/05/10	25 679 427	7 135 005
ADMR (qualité et GPEC)	19/11/08	951 976	302 096
ADMR (systèmes d'information)	05/03/10	7 433 196	2 036 115
Adessa (qualité)	19/11/09	519 850	315 693
Adessa (prévention des risques professionnels)	17/07/09	491 908	114 915
FEPEM	23/12/10	390 000	65 000
UNCCAS	16/09/09	832 560	293 532
Croix-Rouge française	22/01/10	1 202 301	548 630
ASSISTEO	26/08/10	420 750	184 682
CAMELIA	27/12/10	225 680	108 632
APF	13/09/11	605 313	142 827
03 – Conventions relatives à la formation des aidants			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2011
CFO	20/05/10	305 000	172 977
France Alzheimer	17/06/11	1 260 000	273 000
04 – Conventions relatives à la formation des salariés (OPCA)			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2011
Uniformation (2009)	09/07/09	13 000 000	11 819 044
Uniformation (2010-2012)	08/09/10	15 000 000	9 300 000
ANFH	26/01/10	4 160 000	1 248 000
ANFH (avenant ASG)	29/06/10	1 387 500	416 250
FORMAHP	26/01/10	2 620 000	786 000



## ► Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2011 – Projets d'études, de recherches et actions innovantes

Axe 1 – Connaissance des besoins globaux		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	CLAPEAHA – Besoins, attentes et modes d'accompagnement des personnes vivant une situation complexe de handicap	22 000
Personnes âgées	ADERA – Dépendance – quatre cohortes épidémiologiques	15 000
Personnes handicapées	ANCREAL – Analyse nationale de la comparaison des schémas handicap en région	29 000
Personnes âgées	INSERM Montpellier – EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System)	150 000
Personnes handicapées	HALDE – Sondage sur la scolarisation des enfants handicapés dans les établissements du secondaire	37 500
Personnes handicapées	INSERM Paris 7 – Expertise collective sur les handicaps rares	80 000
Personnes handicapées	Hôpital Robert Debré – Évaluation de la qualité de la prise en charge médicale et socio-éducative des patients jeunes, déficients intellectuels, porteurs d'anomalies chromosomiques	395 000
Personnes handicapées	FNATH – Vivre et travailler après un accident de la vie	10 000
Personnes âgées	ADRINORD – Recherche-action sur la prise en charge en hébergement des personnes de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer	142 592
Personnes handicapées	UNISDA – Analyse et comparaison de l'enquête nationale sur la détresse psychologique des publics sourds et acouphéniques avec l'enquête santé des ménages 2008	9 000
Personnes âgées	ATEXO – Assistance à maîtrise d'ouvrage pour la cartographie des échanges des MAIA	128 785
Personnes handicapées	LOGICA – SIP V0 (formation, conduite du changement, support, réflexion sur le contrôle des données...)	233 645
Personnes handicapées	ATOS – MOE SIP V0 et V1	214 469
Personnes handicapées	SOPRA – CEDIAS – SIP V1 (suite des travaux pour aboutir à une expression des besoins partagée)	18 900
Personnes handicapées	ATOS – TMA SIPAPH	6 464
Personnes handicapées	OSIATIS – MOE SI MDPH (visitop)	8 103
Personnes handicapées	LINCOLN – Mesure qualité MDPH	31 810
Personnes handicapées	SODIFRANCE – Mesure qualité services MDPH	11 751

Axe 2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne et préconisations		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	ARTC IDF – Outil d'évaluation des conséquences des troubles cognitifs compatible avec GEVA	85 791
Personnes handicapées	MDPH 77 – Record 77 – Évaluation employabilité jeunes handicapés	50 000
Personnes handicapées	RHD 77 – Amélioration des parcours en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap – fin d'accompagnement SESSAD	92 341
Personnes handicapées	CESAP – Création et validation d'une échelle de qualité de vie et d'une grille d'évaluation des caractéristiques personnelles et environnementales d'enfants polyhandicapés de 6 à 14 ans	226 556
Personnes handicapées	NORSYS – Formation GEVA compatibilité	4 664

**Description du projet**

Réalisation de la première phase du projet de livre blanc sur les personnes handicapées en situation de grande dépendance

Étude épidémiologique sur l'évolution dans le temps de la dépendance de personnes âgées évaluée par plusieurs échelles de mesure dont la grille AGGIR, utilisée pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, basée sur quatre grandes cohortes de personnes âgées

Analyse nationale de la comparaison des schémas handicap en région

Action conjointe soutenue par l'Union européenne, visant à développer et implémenter des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité au niveau de tous les membres de l'Union et de certains pays de l'OCDE et à analyser leurs tendances chronologiques et leurs déterminants démographiques et socio-économiques, pour venir en appui aux politiques publiques

Identification des obstacles et facteurs de réussite de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire, notamment pour mieux accompagner les acteurs en charge de l'orientation des enfants, particulièrement les maisons départementales des personnes handicapées

Expertise collective visant à réaliser un bilan des connaissances sur les handicaps rares, à partir de la littérature internationale

Enquête transversale visant à décrire les caractéristiques des enfants atteints et leur prise en charge sur l'ensemble du territoire national à partir du réseau des consultations des centres maladies rares

Enquête par internet sur les parcours professionnels des personnes accidentées (du travail et « de la vie »)

Dans le cadre de la mesure 18 du plan Alzheimer, ce projet a identifié les lieux de vie des malades jeunes et les pratiques de prise en charge, par différentes enquêtes (établissements, conseils généraux et MDPH, CMRR, familles...). Un documentaire destiné aux professionnels a été réalisé

Analyse et comparaison de l'enquête nationale par internet sur la détresse psychologique des publics sourds et acouphéniques avec la même population repérée dans l'enquête santé des ménages 2008

Assistance à maîtrise d'ouvrage pour la cartographie des échanges des MAIA

Suite de la formation des MDPH et conseils généraux

Réalisation d'un entrepôt de données version démonstrateur

Collecte des besoins pour les évolutions futures du SipaPH

Marché destiné à la réalisation des évolutions du SipaPH

Fourniture aux MDPH d'un outil de visualisation des données Itac-Opales (visitop)

Traitement des questionnaires de satisfaction des usagers des MDPH

Solde suite à transaction avec Sodifrance

**Description du projet**

Élaboration d'un outil pour l'évaluation des conséquences des troubles cognitifs, notamment des personnes cérébrolésées, compatible avec le GEVA

Projet d'étude sur l'évaluation des besoins des jeunes handicapés et leur trajectoire d'insertion après l'orientation professionnelle, au travers d'une enquête et de l'étude des dossiers individuels

Étude quantitative et qualitative sur les trajectoires des jeunes accompagnés ou sortant de SESSAD pour identifier leurs difficultés de parcours pour se maintenir dans le milieu ordinaire au passage de l'adolescence à l'âge adulte

Les outils seront élaborés à partir d'une revue de la littérature et de focus groups puis expérimentés au sein d'établissements accueillant ces enfants (dont ceux du CESAP)

Formation GEVA compatibilité

## Axe 3 – Aides techniques

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	FNAQPA – T-Seniority	43 016
Personnes âgées/ personnes handicapées	CNR – Santé – CEN-Habitat	350 000
Personnes âgées/ personnes handicapées	CEN-STIMCO	350 000
Personnes âgées/ personnes handicapées	Groupe Languedoc Mutualité – CEN Robotique	350 000
Personnes âgées	ANR – Appel à projets européen : assistance à la vie autonome (AAL)	843 668
Personnes âgées/ personnes handicapées	MBA consulting – Accompagnement d'une expérimentation des centres d'expertise sur les aides techniques	109 503

## Axe 4 – Aidants professionnels et informels

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	I=MC <sup>2</sup> – Projet de démarche d'ingénierie pédagogique	725 000
Personnes handicapées	UNAFAM – DVD de formation des accueillants de SDF souffrant de troubles psychiques	5 000
Personnes âgées/ personnes handicapées	Fondation nationale de gérontologie – DVD vieillissement des personnes en situation de handicap	67 500

## Axe 5 – Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	EURORDIS – Services médico-sociaux & intégration des maladies rares dans les politiques sociales et les services sociaux	75 000
Personnes handicapées	GALAXIE – Évaluation d'expériences préfigurant l'activité d'espaces ressources dédiés aux handicaps psychiques	130 000
Personnes âgées	Divers porteurs de projet – Formules innovantes de répit	717 326

**Description du projet**

Expérimentation d'une interface d'assistance et services pour personnes âgées

Expérimentation du Centre d'expertise national sur l'habitat

Expérimentation du Centre d'expertise national sur la stimulation cognitive

Expérimentation du Centre d'expertise national sur la robotique

**Projets sélectionnés :**

ALICE / Assistant for Better Mobility and Improved Cognition of Elderly Blind and Visually Impaired

ASSISTANT / Aiding SuStainable Independent Senior TrAvellers to Navigate in Towns

ICityForAll / Intelligible City For All

MobMotivator / The MobilityMotivator game accessible to elderly people

MyGuardian / A Pervasive Guardian for Elderly with Mild Cognitive Impairments

T-Tnet / Travel & Transport solutions through emotional-social NETworking

Mise en place et suivi de l'expérimentation des centres d'expertise sur les aides techniques

**Description du projet**

Ce projet fait suite à un projet déjà financé et le prolonge en poursuivant la conception de formations pour les professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap (PH) et faisant participer à ces formations des PH

Réalisation d'un DVD pour sensibiliser les équipes accueillant des SDF à la problématique des personnes présentant des troubles psychiques, se retrouvant à la rue, ainsi qu'à la famille de ces personnes

Réalisation d'un DVD (destiné aux professionnels, familles et associations) présentant des solutions apportées aux questions que pose le vieillissement des personnes handicapées

**sur un territoire****Description du projet**

Projet européen visant, d'une part, à cartographier les services médico-sociaux spécialisés existants et, d'autre part, à produire de bonnes pratiques d'intégration des maladies rares dans les politiques sociales et médico-sociales de droit commun

Évaluation des expériences de centres ressources handicap psychique pour identifier les éléments d'efficience et de limitation pour rendre compte de l'efficacité sur l'intégration des personnes handicapées psychiques et leur capacité à mobiliser et coordonner des acteurs et des actions partenariales

Dix-huit projets ont été retenus pour expérimenter et modéliser des formules innovantes de répit dans le cadre de la mesure 1 du plan Alzheimer, dont 17 ont reçu une subvention :

- France Alzheimer
- ARTZ
- Partage services Nantes
- Vacances ouvertes
- Aide et répit
- Association familiale
- OSE
- APAPAD
- Fil rouge Alzheimer
- EHPAD Les Aubépins
- AICMD
- Fondation Bagatelle
- ASSAD Dunkerque
- L'Art s'emporte
- ADHAP Services 18
- Comité de services aux personnes
- France Alzheimer Dordogne

**Axe 5 – Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie**

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	APAPAD – Prolongement expérimentation plateformes de répit	505 350
Personnes âgées	ENEIS – Modélisation de formules de répit et d'accompagnement particulières pour les malades d'Alzheimer	95 680
Personnes handicapées	OPTIM – Aide à l'insertion professionnelle des personnes handicapées	18 608
Personnes handicapées	OPTIM – Employabilité des personnes handicapées	115 734

**Axe 6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie**

Personnes âgées	DREES – Étude action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs	250 000
-----------------	---	---------

**Axe 7 – Contenu de service et mesure de l'efficience et performance des réponses médico-sociales**

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	MDPH 62 – Optimisation de la gestion des listes d'attente en ESMS	30 601
Personnes handicapées	GEIST 21 Puy de Dôme – Aide à la formulation du projet de vie – évaluation	30 859
Personnes handicapées	ADAPEI Finistère – Réseau d'aide à la formulation du projet de vie	25 000
Personnes âgées	LOGICA – AMOA système d'information allocation de ressources	192 143
Personnes handicapées	SOPRA – Cartographie sphère emploi	143 072

## sur un territoire

### Description du projet

Prolongement de l'expérimentation des plateformes de répit

- RDAS
- A3
- APAPAD
- FEDOSAD
- Association France Alzheimer – Savoie
- Bistrot mémoire
- Association gérontologique de Gâtine
- CCAS DE NANTES

Réalisation d'une étude en vue de la modélisation de formules de répit et d'accompagnement particulières pour les malades Alzheimer

Record V2 : assistance à la réalisation de projets pour l'amélioration des processus d'accueil, information, évaluation et orientation des personnes en situation de handicap en vue de faciliter leur parcours d'insertion professionnelle

Mission d'appui national de l'expérimentation d'un processus d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées par les MDPH

Étude action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs – protocole signé avec la DGCS, la Fondation Médéric Alzheimer, la Fondation Caisses d'épargne

### Description du projet

Ce projet vise à mettre en œuvre un système de gestion des listes d'attente pour entrer en ESMS afin d'avoir une meilleure connaissance des besoins de la population et mieux programmer l'offre

Évaluation du projet d'aide à la formulation du projet de vie en coopération avec Trisomie 21 France et l'Université de Mons Hainaut

Expérimentation un dispositif d'accompagnement des enfants handicapés mentaux dans la formulation de leur projet de vie

AMO système d'information allocation de ressources

Cartographie des échanges d'informations et proposition de scénarios de construction d'échanges informatisés

## Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance, fonctions scientifiques

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	SAFFrance – Colloque SAFFrance « De l'alcoolisation prénatale à l'échec scolaire »	7 000
Personnes âgées	IRDES – Flare 2	154 591
Personnes âgées	Association PQEV – Mélodie d'Alzheimer	30 000
Personnes âgées/ personnes handicapées	ARMINES – 2 <sup>es</sup> rencontres scientifiques de la CNSA	125 580
Personnes handicapées	GFPH – Assises nationales de la pairémulation	5 000
Personnes âgées/ personnes handicapées	EHESP – Maison des sciences sociales du handicap	2 470 000
Personnes handicapées	INSERM (siège) – AAP « Soutien à la recherche 2010 »	250 000

### Description du projet

Le colloque international de SAFFrance a réuni à Strasbourg des spécialistes nationaux et internationaux des troubles liés à l'alcoolisation prénatale, de la recherche fondamentale à l'accompagnement éducatif, pédagogique et judiciaire

Projet retenu dans le cadre de l'appel à projets Flare 2 en 2011 – SIRVEN : « Étude des déterminants de la fragilité chez les personnes de plus de 50 ans »

Ce projet de documentaire grand public vise à diffuser les connaissances scientifiques récentes sur les liens entre la musique et le cerveau, qui peuvent être utilisés pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, voire en faire un élément de l'arsenal thérapeutique

Aide à l'organisation scientifique des 2<sup>es</sup> rencontres scientifiques de la CNSA intitulées « Aide à l'autonomie et parcours de vie » (15 et 16 février 2012)

Réalisation d'une journée d'échanges sur la transmission de l'expérience de personnes en situation de handicap et les personnes en recherche de solutions pour une vie autonome et librement choisie

Soutien aux trois chaires EHESP-CNSA

- Chaire « Participation sociale et situation de handicap », dont le titulaire sera Jean-François Ravaud, directeur de recherche, INSERM
- Chaire « Social care : lien social et santé », dont le titulaire sera Claude martin, directeur de recherche, CNRS
- Chaire « Handicap psychique et décision pour autrui », dont la titulaire sera Florence Weber, professeure des universités, École normale supérieure de Paris

Projet retenu dans le cadre de l'appel à projets Recherche 2010 : soutien à une équipe émergente

Durand Zaleski : équipe multidisciplinaire de recherche en services de santé dans le domaine de la santé mentale