Annexes 2009

Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 Budgets
- Budget rectifié 2010 02
- Budget exécuté 2009 04

ANNEXE 2 Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion passée entre la CNSA et l'État 08

ANNEXE 3 Détail de la répartition des concours aux conseils généraux 12

ANNEXE 4 Actualisation 2009 des PRIAC, période 2009-20013 16

ANNEXE 5 Bilan d'exécution des plans d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées 28

ANNEXE 6 Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2008 32

ANNEXE 7 Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2009 44

Annexe 1 – Budgets

Budget rectifié 2010 (Conseil du 01/07/08)

Compte de résultat prévisionnel en millions d'euros

Sources : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	**16 466,1**
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	**8 256,7**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 203,5
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Opérations diverses	23,5
▪ Excédent	4,5
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	**8 209,4**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 179,4
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,3
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Opérations diverses	28,3
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	**1 571,4**
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 549,7
▪ Congé de soutien familial	0,5
▪ Opérations diverses	21,2
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	**594,8**
▪ Concours versés aux départements (PCH)	506,3
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	10,7
▪ Congé de soutien familial	0,5
▪ Opérations diverses	17,4
Section IV	
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	**88,9**
Sous-section 1	
Personnes âgées	**74,0**
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	66,0
▪ Plan métier	7,0
▪ Opérations diverses	1,0
Sous-section 2	
Personnes handicapées	**14,9**
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9
▪ Plan métier	3,0

PRODUITS	Crédits ouverts
Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	**16 466,1**
Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	**8 256,7**
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	315,3
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 941,4
▪ Déficit	0,0
Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	**8 209,4**
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	900,8
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 267,0
▪ Déficit	41,6
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	**1 571,4**
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	450,4
▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 049,0
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0
▪ Produits financiers	5,0
Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	**594,8**
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	585,5
▪ Produits financiers	5,0
▪ Déficit	4,3
Section IV	
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	**88,9**
Sous-section 1	
Personnes âgées	**74,0**
▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,0
▪ Déficit	7,0
Sous-section 2	
Personnes handicapées	**14,9**
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Déficit	3,0

CHARGES	Crédits ouverts
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	**385,5**
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	**281,0**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2009 »	150,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	121,0
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	**104,5**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2009 »	64,5
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	30,0
Section VI	
Frais de gestion de la Caisse	**17,9**
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,8
▪ Dépenses de personnel / CNSA	8,7
▪ Excédent	0,4
Total des charges du compte prévisionnel	**19 070,1**
Total équilibre du compte	**19 070,1**
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	**14,5**
Total atténuation de recettes	**27,0**

PRODUITS	Crédits ouverts
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	**385,5**
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	**281,0**
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Reprise de provisions « PAM et PAI »	150,0
▪ Déficit	121,0
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	**104,5**
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions « PAM et PAI »	64,5
▪ Déficit	30,0
Section VI	
Frais de gestion de la Caisse	**17,9**
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,8
▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1
Total des produits du compte prévisionnel	**18 868,0**
Résultat prévisionnel (déficit)	**202,0**
Total équilibre du compte	**19 070,1**

Budget exécuté 2009

Compte de résultat (en millions d'euros)

Sources : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	**15 678,6**	**15 318,6**
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	**8 058,0**	**8 036,0**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 010,0	7 919,2
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	24,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	0,7
▪ Opérations diverses	23,3	22,8
▪ Excédent	–	69,3
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	**7 620,6**	**7 282,6**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 592,0	7 252,3
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	1,1	1,1
▪ Opérations diverses	27,5	29,1
▪ Excédent	–	0,0
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	**1 583,7**	**1 564,2**
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 562,0	1 548,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	21,2	16,0
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	**613,9**	**611,8**
▪ Concours versés aux départements (PCH)	514,7	509,7
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4	22,8
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	17,3	19,3
Section IV		
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	**89,1**	**120,7**
Sous-section 1		
Personnes âgées	**74,2**	**100,5**
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	66,2	56,0
▪ Plan métier	7,0	0,0
▪ Opérations diverses	1,0	0,8
▪ Excédent	–	43,8
Sous-section 2		
Personnes handicapées	**14,9**	**20,1**
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	14,0
▪ Plan métier	3,0	0,0
▪ Excédent	–	6,1

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section I		
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	**15 678,6**	**15 318,6**
Sous-section 1		
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	**8 058,0**	**8 036,0**
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	314,4	308,9
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 727,0	7 727,0
▪ Reprise de provision ANESM + divers	–	0,2
▪ Déficit	16,6	0,0
Sous-section 2		
Établissements et services accueillant des personnes âgées	**7 620,6**	**7 282,6**
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	898,3	882,4
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 417,0	6 267,0
▪ Reprise de provision ANESM + divers	–	0,4
▪ Déficit	305,3	132,7
Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	**1 583,7**	**1 564,2**
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	449,1	441,2
▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 052,6	1 033,4
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0	65,8
▪ Produits financiers	15,0	22,7
▪ Reprise de provision	–	1,0
Section III		
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	**613,9**	**611,8**
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	583,9	573,6
▪ Produits financiers	15,0	22,7
▪ Produit exceptionnel	–	0,4
▪ Reprise de provision	–	0,1
▪ Déficit	15,0	15,0
Section IV		
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	**89,1**	**120,7**
Sous-section 1		
Personnes âgées	**74,2**	**100,5**
▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,2	66,0
▪ Produit exceptionnel	–	32,6
▪ Reprise de provision	–	2,0
▪ Déficit	7,0	0,0
Sous-section 2		
Personnes handicapées	**14,9**	**20,1**
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,9
▪ Reprise de provision	–	8,2
▪ Déficit	3,0	0,0

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	**788,1**	**662,1**
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	**564,9**	**462,0**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,2
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	4,6	3,5
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	11,3	11,3
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	195,0	117,7
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	180,0	156,9
▪ CPER	115,0	115,6
▪ Plan de relance d'aide à l'investissement	49,0	50,8
▪ Excédent	–	0,0
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	**223,2**	**200,1**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	6,0
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	2,4	2,1
▪ Dépenses emplois STAP 2009	4,8	4,8
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	85,0	49,4
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50	69,3
▪ CPER	50,0	49,2
▪ Plan de relance d'aide à l'investissement	21,0	19,3
▪ Excédent	–	0,0
Section VI		
Frais de gestion de la Caisse	**17,1**	**13,7**
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1	5,3
▪ Dépenses de personnel / CNSA	8,5	8,2
▪ Excédent (financement immobilisation)	0,6	0,2
Total des charges	**18 721,0**	**18 126,5**
Excédent	**–**	**0,0**
Total équilibre du compte	**18 721,0**	**18 126,5**
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	**14,5**	**14,1**
Total atténuation des recettes	**26,9**	**27,4**

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
Section V		
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	**788,1**	**662,1**
Sous-section 1		
Actions en faveur des personnes âgées	**564,9**	**462,0**
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	4,6	3,5
▪ Subvention DGS « expérimentation MAIA »	4,2	4,2
▪ Reprise de provision « PAM »	195,0	132,8
▪ Produits exceptionnels	–	0,2
▪ Déficit	351,1	311,4
Sous-section 2		
Actions en faveur des personnes handicapées	**223,2**	**200,1**
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise de provision	2,4	1,5
▪ Reprise de provision « PAM »	85,0	54,3
▪ Produits exceptionnels	–	0,0
▪ Déficit	125,8	134,2
Section VI		
Frais de gestion de la Caisse	**17,1**	**13,7**
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0	13,2
▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1	0,0
▪ Produits exceptionnels	–	0,4
Total des produits	**17 897,7**	**17 652,5**
Déficit	**823,3**	**474,0**
Total équilibre du budget	**18 721,0**	**18 126,5**

Annexe 2 – Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion passée entre la CNSA et l'État

17 mars 2010

Le Conseil scientifique a été saisi de six questions par le directeur de la CNSA pour rendre un avis scientifique sur les actions engagées en 2009 par la Caisse.

SUITES À DONNER À L'ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES CENTRES D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (CAMSP)

Le Conseil scientifique a pris connaissance avec intérêt de la restitution de l'étude qualitative pilotée par la CNSA sur l'activité des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et conduite par un prestataire extérieur.

Il s'est tout d'abord attaché à préciser les aspects méthodologiques qui lui paraissent pertinents pour des études de ce type. Au-delà de la description des fonctions et activités assurées par la catégorie de service étudiée, il est également utile de s'intéresser à la place qu'elle occupe dans la palette de l'offre et d'analyser les interactions entre ce service et ses partenaires. Il a également insisté sur l'intérêt de recueillir, comme cela avait été fait, le point de vue des usagers sur le service apporté. Une approche plus critique commande, enfin, de mesurer l'impact du fonctionnement des services par rapport aux besoins de la population et d'ainsi évaluer non seulement les besoins satisfaits mais également les besoins non couverts. En l'espèce, il aurait été intéressant d'investiguer davantage les situations qui ne trouvent pas une réponse adaptée dans les CAMSP.

Le Conseil scientifique a noté la particularité de la fonction de veille des CAMSP, qui se rapproche d'ailleurs de celle des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH) ; les travaux conduits sur ces deux types de structures par la CNSA gagneraient à être articulés.

Le Conseil scientifique a ainsi esquissé certains des prolongements qui pourraient être réalisés à la suite de cette étude. Il a noté que les monographies par CAMSP et par département pourraient être exploitées afin d'analyser les parcours de vie des personnes en vue des deuxièmes rencontres scientifiques que prépare la CNSA pour 2011. Des travaux complémentaires pourraient être conduits pour investiguer l'impact de l'action des CAMSP sur l'évolution du handicap des enfants, notamment leur capacité à en réduire les effets et à favoriser l'autonomie des enfants ; des approfondissements sur certains parcours pourraient permettre d'étudier la relation entre le succès ou l'échec de la prise en charge et le type de handicap et fournir des préconisations quant au recours le plus pertinent au CAMSP.

Il a, enfin, suggéré que ce rapport soit mis en perspective avec les travaux de l'association européenne sur l'action précoce.

APPROPRIATION DU GEVA

Le Conseil scientifique a pris connaissance du plan d'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), élaboré par la CNSA en réponse au bilan sur la mise en œuvre du GEVA. Il prévoit vingt actions parmi lesquelles l'adaptation du GEVA pour des publics spécifiques (par exemple, les personnes âgées), l'amélioration des échanges d'informations avec les partenaires, l'approfondissement de la notion de GEVA-compatibilité (c'est-à-dire de partage d'informations avec d'autres outils) et la construction de processus et d'outils complémentaires au GEVA pour aider à l'analyse initiale des besoins.

Le Conseil scientifique a apprécié la pertinence et l'ambition de l'action qu'il est prévu de déployer.

Il a attiré l'attention sur l'ambiguïté de l'utilisation du terme « outil d'évaluation », s'agissant du GEVA, celui-ci étant plutôt un outil de recueil des résultats d'évaluations.

Interpellé par les remarques récurrentes sur la prétendue lourdeur du GEVA – qui renvoie davantage à la lourdeur du processus d'évaluation qu'à l'outil de recueil lui-même, dont l'informatisation va faciliter l'utilisation –, le Conseil scientifique a attiré l'attention sur la question du coût de l'évaluation. Celui-ci doit notamment être apprécié du point de vue des moyens humains que les MDPH doivent mobiliser, soit par recrutement, soit par recours à des prestataires externes. Il faudrait s'assurer que l'évaluation réalisée sur la base du GEVA permette une meilleure adéquation entre les besoins des personnes et les moyens de compensation qui leur sont attribués.

L'adaptation de l'outil aux besoins spécifiques de différents publics ne doit quant à elle pas conduire à créer des outils spécifiques (pour les enfants, pour les personnes âgées ou pour le handicap d'origine psychique), ce qui serait contraire au mouvement de convergence des approches. Il s'agit de mettre davantage l'accent sur les volets les plus pertinents au regard de certaines situations. Il est ainsi inutile de conserver des volets relatifs à l'insertion professionnelle ou à la scolarisation pour les personnes âgées.

EXPÉRIMENTATION SUR LE DISPOSITIF D'APPELS À PROJETS PRÉVU DANS LA LOI HPST

Le Conseil scientifique a été informé des modifications qu'apporte la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) au régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à travers la création des appels à projets, qui seront lancés sur la base des besoins des territoires identifiés dans les schémas départementaux et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Soulignant l'importance du changement de paradigme, il a soulevé plusieurs points de vigilance :

- l'existence d'un diagnostic partagé des besoins des territoires par tous les acteurs est essentielle, entre responsables publics d'un côté – agences régionales de santé et conseils généraux – et, de l'autre, professionnels et usagers ; il s'est interrogé à ce titre sur la place de la conférence régionale de santé et de l'autonomie dans ce processus ;
- le champ d'analyse des ressources d'un territoire doit également être questionné ; les ressources sanitaires et médico-sociales étant souvent interdépendantes, le diagnostic territorial devrait tenir compte de l'offre en établissements et services médico-sociaux mais aussi de l'offre de services sanitaires, tant en soins de ville qu'en milieu hospitalier ;
- l'accompagnement des acteurs dans ce changement est enfin crucial pour la réussite de la démarche, leur capacité à répondre à des appels à projets étant très hétérogène.

Le Conseil scientifique suggère que soit définie une série d'indicateurs sur la plus-value effective du système d'appels à projets et sur sa capacité à adapter l'offre aux besoins du territoire. Ces indicateurs pourraient être une base pour une future évaluation de cette réforme.

CRITÈRES DE RÉPARTITION DES ENVELOPPES BUDGÉTAIRES

Le Conseil scientifique a été informé du projet de révision des critères de répartition interrégionale des enveloppes budgétaires pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

Il a souligné à quel point la question de ces critères de répartition reposait sur une conception de l'égalité – et de l'équité souvent implicite –, qui pourrait être éclairée par des travaux dans le domaine de l'éthique.

Le Conseil scientifique a reconnu qu'il est pertinent de faire évoluer le critère actuel de la population (population générale de plus de 75 ans pour le champ des personnes âgées et des personnes de 0 à 60 ans pour le champ des personnes handicapées). Il s'agit d'une réflexion qui doit être engagée afin de mieux cerner les populations ayant recours aux établissements et services médico-sociaux et ainsi mieux approcher les besoins de chaque territoire.

S'il peut contribuer à éclairer ce débat, il ne dispose pas à ce jour d'éléments suffisamment solides scientifiquement pour modifier rapidement cet indicateur. Il est nécessaire d'engager des travaux sur ce sujet.

Les membres du Conseil scientifique ont fait état de travaux susceptibles d'alimenter la réflexion, parmi lesquels les analyses secondaires des données de l'enquête santé 2002-2003 sur les disparités régionales d'espérance de

santé de l'Institut national d'études démographiques (INED). Ils ont considéré que l'annonce d'une non-disponibilité, dans un avenir proche, de travaux sur les petits domaines à partir de l'enquête Handicap-Santé constituait une information importante qui devait conduire à identifier des pistes de travaux alternatives pour approcher la question des disparités territoriales.

STRATÉGIE DANS LE DOMAINE DES INFORMATIONS TERRITORIALES

Le Conseil scientifique a pris connaissance du bilan de sa commission spécialisée dédiée aux informations territoriales. Celle-ci a consacré près de deux ans à l'élaboration d'un guide pour la valorisation des données locales.

Le Conseil scientifique a souligné le caractère remarquable de ce travail de recensement et d'analyse d'une sélection de quelque 300 indicateurs constitués à partir de données existantes et jugées les plus pertinentes.

Ce travail en appelle d'autres, notamment pour compléter le guide au fur et à mesure que d'autres données seront disponibles. L'identification des indicateurs qui seraient nécessaires et qui ne sont pas disponibles est souhaitable.

Le dispositif de valorisation à mettre en place, au-delà de l'édition et de la diffusion qui sont d'ores et déjà prévues, pourrait être discuté lors d'une prochaine séance du Conseil scientifique (l'organisation d'un colloque de restitution, par exemple).

TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Le Conseil scientifique a été informé de l'ouverture d'une réflexion sur les modalités de tarification des établissements pour personnes handicapées.

Il a ainsi pris connaissance de l'étude engagée par la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI) avec le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) soutenue financièrement par la Caisse. Cette étude montre qu'il n'existe pas de corrélation entre le niveau d'autonomie des adultes handicapés accueillis dans les 120 établissements enquêtés et le niveau des moyens de chacun de ces établissements.

L'entrée par déficience, retenue dans l'étude, à savoir la cotation de la lourdeur de la déficience principale pondérée sur la base des déficiences associées, n'était pas une approche appropriée. Les ressources venant compenser un handicap et non une déficience, rien ne peut être déduit du constat d'une non-corrélation. Une étude poursuivant les objectifs menés dans la région Bruxelles Capitale a abouti à des résultats similaires.

Devrait ainsi être privilégiée une approche fondée sur l'évaluation des besoins par domaine de vie tels que structurés dans le GEVA et qui met en regard les moyens mobilisés.

La notion de *capabilities* peut contribuer à approfondir la réflexion sur les critères d'évaluation des besoins.

Le Conseil scientifique propose que lui soit soumis pour discussion un premier texte sur la problématique de la tarification des établissements pour personnes handicapées.

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 (art. R14-10-38)			**PONDÉRATION**
	Fd = (PAd/Σ PAd) x 50 % + (Dd/ΣDd) x 20 %) – (PFd/ΣPFd) x 25 % + (RMI d/ΣRMId) x 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	20 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée	– 25 %
RMId	Bénéficiaires RMI (> 3 mois, résident département)	Données de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (publiées par la CNAF et la CCMSA)	5 %
	Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département	Coefficient total	50 % rapportés à 100 %

CRITÈRES PCH (art. R14-10-32)			**PONDÉRATION**
	Fd = (PAAd/ PAAd) x 60 % + (PAESd + PAAHd + PPId) / (PAESd + PAAHd + PPId) x 30 % + (PCd/ PCd) x 30 % – (PFd/ PFd) x 20 %		
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PCd	Bénéficiaires PCH et ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	– 20 %
		Coefficient total	100 %

CRITÈRES MDPH (art. R14-10-34)			**PONDÉRATION**
	Fd = Fx + (PAAd/ΣPAAd) x 120 % – (PFd/ΣPFd) x 20 %		
FX	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	120 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	– 20 %
		Coefficient total	100 %

Annexe 3 – Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2009							CUMUL SUR QUATRE ANS		
	APA		PCH		MDPH		TOTAL	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (90 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels au 31/03/09		Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009
01 Ain	8 710 000	9 168 776	3 687 000	4 088 780	530 000	557 947	13 815 503	34 959 413	16 358 345	1 588 845
02 Aisne	13 444 000	14 151 810	4 800 000	5 319 617	525 000	553 129	20 024 556	54 623 616	21 844 701	1 574 647
03 Allier	13 582 000	14 296 457	2 913 000	3 226 991	388 000	407 975	17 931 423	55 370 857	13 136 606	1 134 566
04 Alpes de Haute Provence	4 350 000	4 579 471	996 000	1 102 553	275 000	289 380	5 971 404	17 547 413	4 693 143	763 784
05 Hautes Alpes	3 489 000	3 672 361	1 002 000	1 106 791	267 000	280 956	5 060 108	14 251 006	4 482 439	741 712
06 Alpes Maritimes	31 660 000	33 326 650	7 332 000	8 130 414	734 000	772 773	42 229 836	132 506 819	33 433 174	2 255 413
07 Ardèche	10 802 000	11 370 698	2 319 000	2 567 359	369 000	388 910	14 326 967	44 026 759	10 341 502	1 069 823
08 Ardennes	7 622 000	8 023 168	2 520 000	2 790 176	365 000	384 619	11 197 963	30 717 024	11 395 222	1 056 874
09 Ariège	6 199 000	6 525 124	1 140 000	1 264 598	274 000	288 868	8 078 590	25 416 937	5 176 597	762 188
10 Aube	8 306 000	8 742 988	2 079 000	2 304 399	373 000	392 937	11 440 323	33 107 948	9 376 600	1 082 588
11 Aude	13 247 000	13 944 426	3 069 000	3 405 261	386 000	406 026	17 755 713	54 175 437	13 708 953	1 125 865
12 Aveyron	11 902 000	12 528 567	1 923 000	2 133 611	345 000	362 857	15 025 035	48 653 881	8 937 219	992 470
13 Bouches du Rhône	45 273 000	47 655 846	13 533 000	15 011 097	1 342 000	1 412 920	64 079 863	190 229 909	60 544 000	4 223 879
14 Calvados	16 149 000	16 998 994	4 887 000	5 418 933	603 000	634 936	23 052 863	65 844 725	22 581 134	1 832 482
15 Cantal	6 708 000	7 061 142	1 212 000	1 344 123	282 000	297 030	8 702 295	27 958 256	5 431 566	791 199
16 Charente	12 548 000	13 208 754	3 030 000	3 358 661	396 000	416 767	16 984 182	51 218 866	13 361 298	1 159 853
17 Charente Maritime	20 966 000	22 069 000	4 281 000	4 747 812	534 000	562 508	27 379 320	84 847 900	19 348 440	1 606 413
18 Cher	10 259 000	10 798 643	2 763 000	3 062 983	378 000	397 418	14 259 045	41 640 750	12 385 185	1 100 274
19 Corrèze	10 795 000	11 363 497	1 701 000	1 885 612	328 000	345 133	13 594 242	44 113 409	7 837 924	939 227
20a Corse du Sud	4 906 000	5 163 797	1 773 000	1 966 591	265 000	279 392	7 409 780	22 489 545	8 300 869	734 300
20b Haute Corse	5 231 000	5 506 785	1 584 000	1 754 875	285 000	299 514	7 561 173	21 024 377	7 147 460	793 306
21 Côte d'Or	11 487 000	12 091 649	3 687 000	4 083 785	509 000	536 148	16 711 581	47 104 227	17 204 917	1 527 413
22 Côtes d'Armor	19 459 000	20 482 867	4 671 000	5 175 776	522 000	549 080	26 207 723	79 605 866	20 906 456	1 563 526
23 Creuse	10 030 000	10 558 258	1 056 000	1 171 945	262 000	275 666	12 005 870	46 640 078	4 855 232	723 532
24 Dordogne	16 672 000	17 549 023	3 168 000	3 514 283	424 000	446 434	21 509 740	68 359 240	13 984 134	1 249 851
25 Doubs	10 642 000	11 202 010	3 636 000	4 037 240	506 000	532 825	15 772 075	42 456 294	16 438 577	1 512 022
26 Drôme	11 165 000	11 752 882	3 168 000	3 515 755	455 000	479 178	15 747 815	45 365 344	14 864 856	1 345 510
27 Eure	10 292 000	10 834 201	4 536 000	5 032 728	544 000	572 194	16 439 122	42 024 081	20 329 229	1 634 849
28 Eure et Loir	9 083 000	9 561 322	2 892 000	3 206 833	448 000	471 285	13 239 440	37 057 474	13 082 480	1 325 072
29 Finistère	27 868 000	29 334 331	6 678 000	7 406 164	726 000	763 761	37 504 256	114 136 097	30 559 419	2 224 869
30 Gard	21 766 000	22 911 462	4 842 000	5 370 334	599 000	630 714	28 912 509	87 844 919	21 886 616	1 811 476
31 Haute Garonne	23 053 000	24 266 034	7 776 000	8 618 018	941 000	990 889	33 874 940	95 445 135	34 873 396	2 914 496
32 Gers	10 843 000	11 413 867	1 485 000	1 644 748	296 000	311 716	13 370 330	51 349 743	6 547 122	834 043
33 Gironde	33 459 000	35 220 032	10 779 000	11 953 145	1 060 000	1 115 425	48 288 602	136 342 730	47 405 004	3 305 271
34 Hérault	32 264 000	33 962 073	6 930 000	7 682 812	791 000	832 658	42 477 543	130 287 635	32 160 094	2 433 658
35 Ille et Vilaine	20 001 000	21 053 519	7 119 000	7 896 723	780 000	820 890	29 771 131	81 227 040	31 849 805	2 394 384
36 Indre	9 354 000	9 845 915	1 851 000	2 050 849	326 000	343 487	12 240 251	37 995 819	8 223 917	931 713
37 Indre et Loire	14 230 000	14 979 191	3 687 000	4 084 527	541 000	569 429	19 633 148	58 384 835	16 997 517	1 628 802
38 Isère	18 006 000	18 953 534	8 067 000	8 947 294	890 000	936 605	28 837 433	72 803 063	36 251 129	2 751 060
39 Jura	6 989 000	7 356 761	1 800 000	1 994 912	339 000	356 961	9 708 635	28 602 950	8 191 202	975 716
40 Landes	11 863 000	12 487 505	2 331 000	2 586 384	398 000	418 899	15 492 788	48 113 136	10 323 995	1 160 908
41 Loir et Cher	10 647 000	11 207 703	2 151 000	2 385 603	379 000	398 700	13 992 006	43 362 099	9 640 213	1 103 180
42 Loire	21 018 000	22 124 188	6 549 000	7 262 875	627 000	660 104	30 047 167	85 415 310	30 320 769	1 909 357
43 Haute Loire	7 510 000	7 905 109	1 962 000	2 177 947	320 000	336 743	10 419 799	30 581 001	8 681 839	913 879
44 Loire Atlantique	23 458 000	24 692 838	7 929 000	8 793 639	938 000	987 251	34 473 728	96 086 535	35 893 683	2 908 284
45 Loiret	13 584 000	14 298 689	4 392 000	4 867 189	579 000	609 776	19 775 654	55 458 145	19 926 985	1 748 219
46 Lot	7 573 000	7 971 799	1 341 000	1 486 360	286 000	300 966	9 759 124	30 976 841	6 112 817	799 867
47 Lot et Garonne	12 458 000	13 114 141	2 580 000	2 860 089	375 000	395 037	16 369 267	50 946 194	11 521 423	1 090 714
48 Lozère	2 880 000	3 030 349	822 000	907 966	239 000	251 393	4 189 708	11 777 083	3 483 501	645 127

DÉPARTEMENTS	2009							CUMUL SUR QUATRE ANS		
	APA		PCH		MDPH		TOTAL	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (90 %) en €	Concours prévisionnels notif. sept. 09 (100 %)	Acomptes (95 %) en €	Concours prévisionnels au 31/03/09		Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009	Total des montants versés 2006–2009
49 Maine et Loire	18 031 000	18 979 923	5 028 000	5 576 635	664 000	699 416	25 255 973	73 802 292	22 869 873	2 022 385
50 Manche	14 918 000	15 703 080	4 014 000	4 447 116	472 000	496 831	20 647 027	59 329 790	17 714 471	1 396 236
51 Marne	11 018 000	11 598 273	4 371 000	4 848 463	556 000	585 681	17 032 417	44 909 160	20 513 182	1 678 193
52 Haute Marne	6 007 000	6 322 667	1 674 000	1 859 980	304 000	320 299	8 502 946	24 356 283	7 765 306	863 335
53 Mayenne	8 953 000	9 424 215	2 079 000	2 306 357	370 000	389 191	12 119 763	35 996 834	9 372 834	1 070 883
54 Meurthe et Moselle	17 405 000	18 321 054	5 394 000	5 976 377	653 000	686 915	24 984 346	71 073 377	24 967 389	1 988 566
55 Meuse	5 489 000	5 777 914	1 407 000	1 556 053	311 000	327 867	7 661 835	22 386 087	6 407 835	882 907
56 Morbihan	19 313 000	20 329 299	5 271 000	5 845 743	603 000	634 353	26 809 394	78 894 946	23 716 665	1 824 146
57 Moselle	18 861 000	19 853 374	7 773 000	8 616 721	852 000	896 597	29 366 692	74 985 510	34 532 571	2 629 856
58 Nièvre	9 592 000	10 097 354	1 986 000	2 198 221	319 000	335 619	12 631 195	38 699 112	9 300 305	907 766
59 Nord	56 999 000	59 998 967	20 577 000	22 820 199	1 836 000	1 933 031	84 752 198	231 450 365	93 102 553	5 816 680
60 Oise	9 846 000	10 364 001	5 931 000	6 578 991	689 000	725 620	17 668 611	39 757 008	27 323 780	2 107 990
61 Orne	10 247 000	10 785 940	2 181 000	2 421 031	366 000	384 753	13 591 723	41 518 110	10 088 802	1 058 383
62 Pas de Calais	41 816 000	44 017 028	11 424 000	12 669 346	1 116 000	1 174 731	57 861 105	169 438 164	52 732 340	3 483 707
63 Puy de Dôme	16 708 000	17 587 025	4 800 000	5 317 101	582 000	612 750	23 516 877	67 109 059	21 599 934	1 762 770
64 Pyrénées Atlantiques	18 686 000	19 669 949	4 710 000	5 220 586	560 000	589 071	25 479 606	76 353 930	21 298 978	1 690 294
65 Hautes Pyrénées	9 544 000	10 046 835	2 040 000	2 266 391	326 000	342 959	12 656 185	38 642 068	9 404 123	930 707
66 Pyrénées Orientales	15 393 000	16 202 898	3 369 000	3 737 951	425 000	447 491	20 388 339	62 695 733	15 146 916	1 251 544
67 Bas Rhin	18 971 000	19 968 999	7 980 000	8 842 963	883 000	929 476	29 741 438	76 450 450	35 247 820	2 726 247
68 Haut Rhin	11 598 000	12 208 380	5 334 000	5 911 040	647 000	681 071	18 800 492	46 019 612	23 801 388	1 963 609
69 Rhône	26 560 000	27 958 417	11 547 000	12 805 004	1 190 000	1 252 956	42 016 377	107 742 225	51 974 717	3 726 467
70 Haute Saône	6 403 000	6 739 968	1 737 000	1 928 580	336 000	354 077	9 022 624	26 361 463	7 893 861	965 335
71 Saône et Loire	19 073 000	20 076 735	4 104 000	4 544 884	512 000	538 614	25 160 233	76 965 635	18 656 018	1 533 740
72 Sarthe	15 442 000	16 255 041	3 966 000	4 394 302	525 000	552 295	21 201 638	62 936 778	17 731 258	1 573 258
73 Savoie	6 537 000	6 881 085	2 676 000	2 967 628	416 000	438 307	10 287 020	26 692 366	12 133 081	1 224 434
74 Haute Savoie	6 989 000	7 357 143	3 861 000	4 277 326	596 000	627 219	12 261 687	29 007 499	17 385 050	1 805 206
75 Paris	16 763 000	17 645 134	11 997 000	13 306 645	1 401 000	1 475 205	32 426 983	69 465 749	54 433 603	4 405 495
76 Seine Maritime	28 312 000	29 801 888	10 383 000	11 516 251	940 000	989 816	42 307 956	115 728 287	46 951 062	2 920 487
77 Seine et Marne	9 842 000	10 359 792	8 130 000	9 010 878	995 000	1 046 938	20 417 608	39 622 490	36 845 840	3 096 127
78 Yvelines	7 687 000	8 091 787	7 602 000	8 431 030	994 000	1 045 898	17 568 715	30 840 220	33 920 626	3 100 198
79 Deux Sèvres	11 767 000	12 386 746	2 352 000	2 609 161	403 000	424 503	15 420 410	48 206 682	10 980 537	1 180 109
80 Somme	15 053 000	15 844 846	4 929 000	5 467 159	543 000	572 045	21 884 051	61 315 473	22 456 684	1 634 098
81 Tarn	15 100 000	15 894 355	2 892 000	3 205 019	405 000	426 531	19 525 904	61 292 482	13 137 100	1 187 657
82 Tarn et Garonne	8 501 000	8 948 290	1 950 000	2 160 631	320 000	337 302	11 446 223	34 581 620	8 522 277	910 643
83 Var	27 699 000	29 157 125	6 294 000	6 977 497	710 000	747 732	36 882 354	113 060 259	29 128 999	2 175 223
84 Vaucluse	13 051 000	13 737 699	3 498 000	3 874 809	501 000	526 843	18 139 351	53 234 197	15 769 006	1 496 482
85 Vendée	15 186 000	15 984 834	3 888 000	4 311 242	538 000	566 174	20 862 250	62 217 316	17 632 059	1 614 426
86 Vienne	12 000 000	12 631 511	2 937 000	3 253 701	455 000	478 773	16 363 985	48 323 541	13 262 282	1 348 074
87 Haute Vienne	13 606 000	14 321 975	3 075 000	3 406 582	415 000	437 163	18 165 720	55 451 436	13 763 612	1 221 735
88 Vosges	10 022 000	10 549 311	2 775 000	3 080 323	423 000	445 046	14 074 680	40 200 438	12 554 624	1 245 986
89 Yonne	10 254 000	10 794 201	3 207 000	3 558 885	395 000	415 852	14 768 938	41 880 727	14 470 932	1 153 852
90 Territoire de Belfort	3 198 000	3 365 466	1 068 000	1 184 492	278 000	292 638	4 842 596	12 819 227	4 510 461	774 310
91 Essonne	8 465 000	8 910 984	7 296 000	8 091 945	908 000	955 445	17 958 374	33 599 572	32 721 902	2 819 159
92 Hauts de Seine	4 892 000	5 149 044	7 764 000	8 604 795	978 000	1 029 628	14 783 467	17 840 539	34 704 800	3 027 975
93 Seine Saint Denis	19 772 000	20 812 289	10 647 000	11 805 876	1 103 000	1 161 430	33 779 595	78 804 618	46 796 395	3 426 977
94 Val de Marne	16 742 000	17 623 555	8 979 000	9 954 583	981 000	1 032 420	28 610 558	66 991 473	40 710 585	3 043 495
95 Val d'Oise	11 006 000	11 585 292	7 584 000	8 407 101	917 000	965 438	20 957 831	43 818 692	34 369 318	2 846 089
971 Guadeloupe	22 230 000	23 400 422	3 660 000	4 058 851	479 000	504 466	27 963 738	102 403 849	16 971 964	1 432 153
972 Martinique	12 539 000	13 199 271	3 660 000	4 057 954	446 000	469 712	17 726 938	51 604 120	15 966 182	1 321 411
973 Guyane	1 879 000	1 977 307	1 113 000	1 232 754	313 000	329 075	3 539 136	7 480 152	4 979 807	881 957
974 Réunion	27 776 000	29 238 096	6 657 000	7 380 510	704 000	740 533	37 359 138	136 148 561	29 989 406	2 152 732
TOTAL	1 457 543 000	1 534 254 988	456 000 000	505 590 820	56 998 000	60 000 000	2 099 845 808	5 980 979 338	2 060 569 817	171 998 000

Annexe 4 – Actualisation 2009 des PRIAC, période 2009-2013

Analyse générale qualitative et quantitative au 10 juin 2009

LES AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU PROCESSUS DE PROGRAMMATION MÉDICO-SOCIALE EN 2009

Les objectifs poursuivis

À la suite du bilan 2008 après trois années de pratiques du processus PRIAC et en cohérence avec les conclusions du rapport de la mission IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC, trois orientations prioritaires ont été retenues pour l'actualisation 2009.

Approfondir la concertation pour une coordination progressive des programmations

Le mouvement d'amélioration continue du processus PRIAC est à poursuivre. Le bilan effectué en 2008 a montré une conduite des échanges encore inégale, selon les acteurs et entre les régions et départements, ainsi que la nécessité de renforcer la coordination des programmations entre financeurs. Sur l'actualisation 2009, l'objectif était d'améliorer la conduite de la concertation et de la communication, à travers notamment le renforcement de la coordination régionale des échanges pour assurer la cohérence des messages au sein de la région.

Progresser dans la connaissance des besoins et le diagnostic des ressources en amont du PRIAC

Le rapport de la mission conduite en 2008 par l'IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC a souligné le besoin d'une identification partagée des besoins, notamment avec les conseils généraux. Le contexte de mutation institutionnelle à venir renforce cet impératif. Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires confirme le PRIAC comme instrument de mise en œuvre du schéma régional d'organisation de l'offre médico-sociale, composante du projet régional de santé, en articulation avec l'ensemble du champ de la santé et de la perte d'autonomie couvert par l'ARS, et en cohérence avec les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux au sein de la région.

Identifier les priorités en programmation, en intégrant la capacité de réalisation dans l'objectif d'accélérer l'exécution des moyens alloués jusqu'à l'ouverture effective aux personnes

Les stratégies régionales restent encore insuffisamment lisibles pour orienter les porteurs de projets et la définition des priorités interdépartementales trop peu sélective pour permettre à moyen terme une réduction des inégalités territoriales d'équipement.

La préparation de la mise en place de la démarche d'appel à projets implique de consolider le processus de programmation pluriannuelle et l'identification des priorités (en termes de territoires prioritaires et de types d'équipement) dans l'ensemble des régions.

Les PRIAC ont progressivement évolué depuis 2006 vers des volumes de programmation plus homogènes. En revanche, les rythmes de programmation sur la période couverte (cinq ans), encore assez linéaires, mettent en évidence une prise en compte insuffisante de « la capacité à faire », qui se traduit par les retards dans la réalisation effective des places nouvelles et par les écarts entre les enveloppes allouées et les décaissements des caisses d'assurance maladie. La prise en compte de la « capacité à faire » doit se traduire dans les rythmes de programmation sur la période couverte, mais également dans l'accompagnement de la mise en œuvre de la programmation à travers notamment les leviers des ressources humaines et de l'investissement.

Les actions mises en œuvre

L'appui à la programmation médico-sociale

L'appui de la CNSA à la programmation médico-sociale a été poursuivi par…

L'appui au réseau des services déconcentrés dans le processus PRIAC

À partir du rapport d'analyse générale des programmations 2008-2012, présenté au Conseil de la CNSA le 1er juillet 2008, les analyses régionales comparatives ont été établies dans le cadre des échanges techniques réalisés d'octobre à décembre 2008 (vingt-six rencontres dont huit déplacements en régions). La CNSA a fait évoluer le contenu de ces échanges afin de porter l'accent sur la cohérence du cycle programmation – allocation de ressources – réalisation et exécution jusqu'au décaissement par les caisses d'assurance maladie, par l'amélioration des supports fournis, personnalisés par région (« baromètre de la région », tableaux de bord personnes âgées/personnes handicapées, indicateurs des programmes de qualité et d'efficience). C'est à l'issue de cette phase d'échanges que les orientations prioritaires pour l'actualisation 2009 ont été définies dans une note méthodologique.

Les approfondissements méthodologiques et qualitatifs ont porté sur :

- la démarche et les outils méthodologiques : sur la base de la première version de la « revue des indicateurs » utilisés en planification médico-sociale en régions et départements, réalisée avec trois régions en 2008, les travaux se poursuivent avec l'objectif de co-construire à terme un « guide pratique » de la planification médico-sociale ;
- l'action précoce : rapport de l'enquête quantitative sur les CAMSP publié en juin 2008 ; les résultats de l'enquête qualitative sont parus en décembre 2009 ;
- la diversification des modes d'accompagnement : sur les nouveaux services d'accompagnement et de soin pour les adultes handicapés – SAMSAH et SSIAD (rapport de l'étude qualitative publié en juin 2008 et orientations) et sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (étude portant sur les freins et facteurs de réussite des structures de répit lancée en juin 2009) ;
- l'évolution des besoins d'accompagnement des enfants : journée de travail et d'échanges avec les correspondants régionaux et départementaux, avec la participation de l'Éducation nationale (30 janvier 2009) ;
- les handicaps rares ou nécessitant une expertise complexe : le schéma national de l'organisation de l'offre médico-sociale pour les handicaps rares a été finalisé au premier semestre 2009 et soumis à l'avis du CNOSMS lors de sa séance du 25 juin 2009.

La CNSA participe également aux travaux en cours pilotés par le Secrétariat général pour la mise en place des agences régionales de santé (régulation, projet régional de santé, démocratie sanitaire et animation territoriale, indicateurs de pilotage) et elle a été chargée de la coordination du projet-pilote sur l'appel à projets avec trois régions : Bourgogne, Centre, Pays de Loire.

La stabilisation de la durée et du contenu du PRIAC

À la demande des services de l'État et conformément à la recommandation formulée dans le rapport de la mission IGAS précité sur les PRIAC, le dispositif de programmation a été stabilisé en 2009.

Ainsi la durée de programmation a-t-elle été maintenue sur cinq ans, soit l'année en cours plus quatre ans.

De même, le contenu du cadre de présentation n'a pas été modifié pour l'actualisation 2009, dans un souci de continuité et de stabilisation : maintien des volets sur la valorisation de la programmation en équivalents temps plein (ETP), suivi des réalisations [1], adaptation de l'offre (en termes de transformations de l'existant, de requalifications) et articulations sanitaires et sociales, ainsi que les annexes portant sur les leviers des ressources humaines et de l'investissement, au regard de l'enjeu de l'exécution des programmations.

Les premiers constats sur la mise en œuvre de l'actualisation des PRIAC en 2009 [2]

La concertation avec les décideurs en régions s'inscrit de plus en plus dans le cadre d'un dialogue permanent et coordonné au niveau régional.

- En 2009, la concertation avec les conseils généraux, qui s'était généralisée à l'occasion de l'actualisation 2008 dans l'ensemble des régions, s'est approfondie. Les échanges sont coordonnés au niveau régional, dans la plupart des régions, par un comité régional de concertation [3] associant les directions départementales d'action sociale. Bien que les échanges restent principalement conduits avec les services techniques, les élus ont également été associés dans un tiers des régions, lors de rencontres spécifiques ou au moment de l'examen du PRIAC par le CROSMS. Enfin, l'avis formel des présidents de conseil général a été sollicité sur l'actualisation 2009 dans deux tiers des régions.
- La concertation sur les programmations paraît avoir progressé avec l'Éducation nationale. Toutefois, la coordination entre les programmations médico-sociales et de scolarisation s'effectue encore peu dans une perspective pluriannuelle.
- La coordination avec les agences régionales d'hospitalisation s'est également développée dans plusieurs régions, même si elle demeure souvent centrée sur des opérations spécifiques de recomposition hospitalière. Les organismes d'assurance maladie sont également davantage associés aux problématiques communes, telles que l'articulation entre SSIAD et infirmiers libéraux pour les personnes âgées dépendantes à domicile.

(1) Les données du bilan de l'exécution des programmations au 31 décembre 2008 ont été intégrées par la CNSA dans les supports régionaux pour l'actualisation 2009.

(2) Ils ont été appréciés à partir de l'exploitation de quinze questionnaires régionaux relatifs à l'élaboration de l'actualisation du PRIAC en 2009.

(3) Selon les régions : comité de pilotage régional, comité de concertation, groupe technique régional…

- Avec les autres partenaires, la situation est plus hétérogène. Certaines régions poursuivent le travail de coordination avec l'Équipement pour développer une politique régionale d'investissement. Dans près de la moitié des régions, les échanges se développent avec les conseils régionaux, en particulier dans le cadre du plan Métiers, pour identifier les priorités en matière de formation et de ressources humaines.

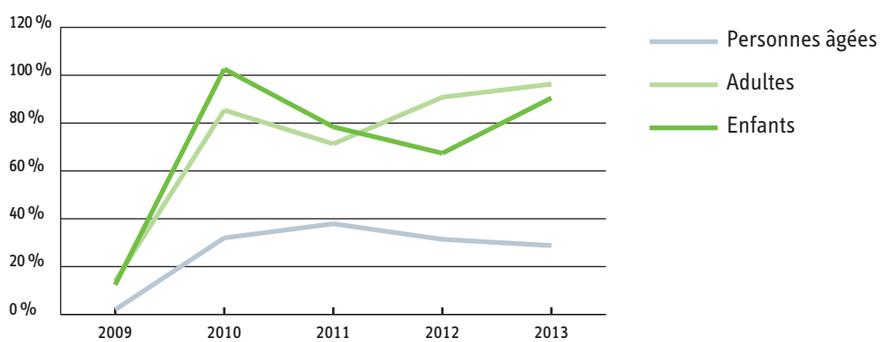
La consultation des partenaires et la communication auprès des acteurs ont progressé mais les stratégies régionales restent souvent trop peu lisibles

- L'organisation de la consultation du CROSMS a été améliorée dans plusieurs régions en associant les partenaires aux travaux préparatoires et aux échanges en amont de l'examen du PRIAC. Dans quelques régions, la consultation s'est articulée en deux temps distincts, avec une première séance consacrée à la présentation du bilan et à la discussion sur les orientations stratégiques régionales puis la seconde à l'examen de la programmation actualisée. Peu de CROSMS ont émis des réserves sur l'actualisation du PRIAC (deux régions sur les quinze ayant répondu au questionnaire) ; elles portaient sur le volume de programmation pour les personnes âgées jugé insuffisant compte tenu du vieillissement de la population et sur la prévision des transformations de capacités d'IME en SESSAD considérée comme excessive au regard des listes d'attente sur le secteur de l'enfance.
- Le PRIAC a fait l'objet de présentations et de communications auprès des instances de concertation régionales et départementales dans certaines régions : les comités départementaux de concertation des personnes handicapées (CDCPH), les comités départementaux et régionaux pour les personnes âgées (CODERPA et CORERPA), la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM) et le comité technique régional de l'autisme (CTRA). Des réunions d'information spécifiques sur la programmation du PRIAC ont également été tenues en direction des acteurs et des porteurs de projets du secteur médico-social, mais aussi avec les MDPH. La mise en ligne du PRIAC actualisé en 2009 est effective ou prévue dans l'ensemble des régions.
- Les orientations régionales en amont de la programmation ont été définies dans la plupart des régions sous la forme d'un document spécifique. Les programmations de développement de l'offre médico-sociale intègrent aussi les objectifs de transformation et d'adaptation de l'équipement existant. Mais les priorités interdépartementales ne sont pas encore déterminées dans toutes les régions en ciblant les territoires à couvrir. De plus, les programmations sont encore réalisées à partir des projets en attente de financement, notamment sur le champ des personnes âgées. Ainsi, seule la moitié des régions considère que la programmation adoptée en 2009 permettrait d'ores et déjà de lancer une démarche d'appel à projets.
- Les objectifs de progrès identifiés en régions pour la période à venir ciblent particulièrement l'amélioration de la connaissance des besoins et du diagnostic des ressources, à mener en planification de façon partagée avec l'élaboration et l'actualisation des schémas départementaux, pour définir des priorités communes de développement et d'adaptation de l'offre de services.

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMATIONS ACTUALISÉES EN 2009 (4)

Des volumes qui traduisent des programmations plus offensives, notamment pour les personnes handicapées

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiés en 2009 – toutes catégories d'équipement confondues – France entière



(4) L'analyse porte sur les données des vingt cinq PRIAC actualisés parvenus à la CNSA au 10 juin 2009, dont dix-sept à l'issue des procédures de consultation et d'adoption (pour huit régions, les données sont provisoires) : sur le secteur des personnes âgées : hors rebasage et médicalisation des EHPAD ; sur le secteur du handicap : hors rebasage, ESAT, GEM.

Sur le secteur des personnes âgées, les volumes de programmation traduisent des besoins encore soutenus en EHPAD

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est régulier sur la période 2010-2013 et les volumes traduisent une programmation plus offensive : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 31 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2009 (au 15 février) hors Dom, alors qu'il s'élevait à + 22 % en moyenne dans les PRIAC métropolitains version 2008 pour la période 2009-2012.
L'évolution annuelle rapportée au niveau de mesures nouvelles notifiées en 2009 se décline néanmoins de façon différenciée selon les types d'accompagnement : comme en 2008, la progression est globalement plus offensive pour les EHPAD et dans une moindre mesure, pour l'hébergement temporaire, alors que l'accueil de jour et les SSIAD enregistrent un niveau d'évolution plus faible (5).
Enfin, les écarts entre régions quant au niveau de programmation se sont réduits.

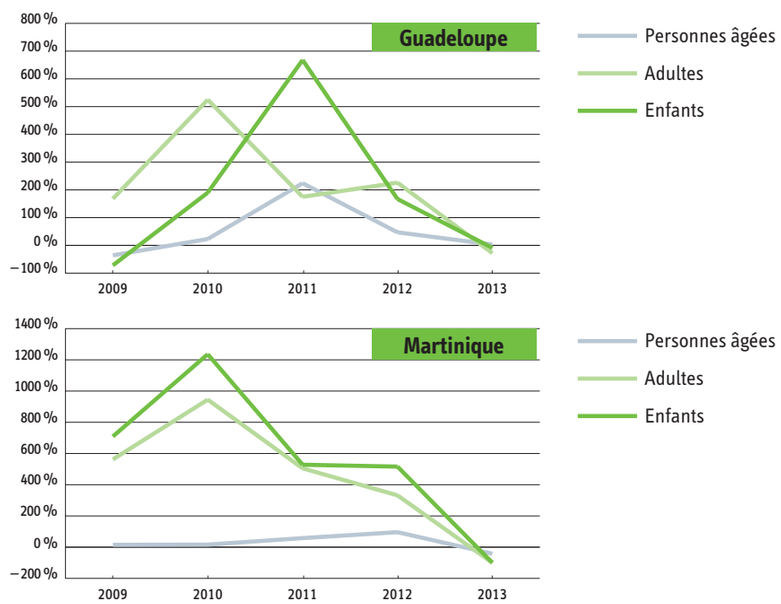
Sur le secteur du handicap, des volumes de programmation en progression

Le volume global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC actualisés en 2009 pour les personnes handicapées se situe en moyenne à un niveau plus élevé, avec un taux moyen d'évolution sur les quatre ans qui s'établit à + 77 % (versus + 36 % en version 2008) par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2009 – hors Dom, tant pour les enfants que pour les adultes. Si le rythme est assez régulier sur la période 2010-2011, il présente une accélération à partir de 2012 sur le secteur des adultes et en 2013 sur celui des enfants.
La comparaison entre les volumes de programmation dans les PRIAC est à apprécier avec précaution, compte tenu du taux de mesures nouvelles en diminution en 2009 par rapport à 2008. Les régions n'ont globalement pas pris en compte, dans l'actualisation 2009 de leur programmation, l'étalement du financement du plan pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées sur sept ans.
Les écarts entre les niveaux de programmation des régions se sont encore resserrés.

L'analyse de la programmation dans les départements d'outre-mer

Compte tenu de la situation spécifique des départements d'outre-mer en termes d'offre médico-sociale et de besoins de la population, les programmations médico-sociales de la Guadeloupe et de la Martinique (6) font l'objet d'une exploitation distincte. Les volumes prévisionnels sont en forte progression, notamment sur le secteur du handicap, en lien avec les moyens prévus par le plan de rattrapage.

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiés en 2009 – toutes catégories d'équipement confondues



(5) Il s'agit d'une « décélération » et non d'une diminution : le taux de croissance des besoins exprimés en places nouvelles d'établissements et services reste positif d'une année sur l'autre.
(6) Le PRIAC actualisé 2009 de la Guyane n'était pas encore transmis à la date d'élaboration de la synthèse. Les volumes de programmation de La Réunion ont été actualisés compte tenu des montants alloués en 2009 au titre des enveloppes anticipées.

Des coûts à la place supérieurs en programmation pour les MAS et pour les établissements dédiés aux enfants polyhandicapés et avec autisme et TED

Sur le secteur du handicap, la programmation de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire a globalement été valorisée à partir des coûts unitaires de référence utilisés comme base de calcul des programmations nationales. En revanche, pour certains établissements, les coûts à la place programmés dans les PRIAC en création ou extension (hors requalification et transformation) restent en moyenne supérieurs de 10 % au calibrage des plans nationaux pour les établissements dédiés aux enfants polyhandicapés et avec autisme et TED, ainsi que pour les places de MAS, quel que soit le public ciblé.
Par ailleurs, un besoin de financement est exprimé, au-delà du calibrage général des plans, pour des places destinées à la prise en charge de publics présentant des handicaps particuliers, tels que l'épilepsie sévère et les handicaps rares.
Comme en 2008, les programmations régionales des PRIAC pour 2009-2013 sur le secteur des personnes âgées ont été valorisées en termes de financement sur la base des coûts unitaires de référence par type de structures utilisés comme base de calcul des programmations nationales.

La valorisation de la programmation 2009-2013 en emplois

Il s'agit d'identifier, par département et sur la période de la programmation, les effectifs (en ETP) à prévoir pour la réalisation de la programmation prévisionnelle du PRIAC, à partir des dossiers de demande d'autorisation ou d'une estimation des besoins de personnels sur la base des effectifs des établissements existants (enquêtes ES – établissements sociaux – et EHPA – établissements d'hébergement pour personnes âgées –, enquêtes régionales ou départementales). En complément de la valorisation en emplois de la programmation pluriannuelle des places nouvelles, l'annexe « ressources humaines » du PRIAC est destinée à établir un diagnostic et un recensement des besoins pour l'adaptation de l'offre existante (postes vacants et besoins en qualification et formation).

Sur le secteur des personnes âgées

La prévision pluriannuelle des effectifs relevant des financements de l'assurance maladie sur le soin fait apparaître un besoin de plus de 28 200 ETP sur la période 2009-2013 pour mettre en œuvre la programmation des places nouvelles pour les personnes âgées (résultats provisoires sur dix-neuf régions au 10 juin 2009), majoritairement ciblé sur les aides-soignants (68 %), les aides médico-psychologiques – AMP – (11 %) et les personnels infirmiers (20 %), en complément des médecins coordonnateurs.

Établissements et services pour personnes âgées
(Résultats provisoires sur 19 régions au 10 juin 2009)

ETP 2009-2013	
Qualification du personnel (relevant du soin)	**Personnes âgées**
Infirmier IDE	5 577
Aide-soignant	19 046
Aide médico-psychologique	3 166
Médecin coordonnateur	418
Total	28 207

Sur le secteur des personnes handicapées

Le besoin en effectifs pour couvrir la programmation prévisionnelle de places nouvelles s'élève à plus de 18 000 ETP sur la période 2009-2013 [7]. La part des effectifs programmés sur le secteur des adultes est prépondérante (72 %) par comparaison à celle destinée aux enfants. Les effectifs sont composés principalement de personnels socio-éducatifs (38 %) et de personnels paramédicaux (28 %), avec une ventilation différenciée selon la catégorie d'âge du public. La programmation permet d'identifier les besoins en personnels par types de qualifications, dans l'objectif d'alimenter les travaux de planification, notamment le schéma régional des formations.

(7) Résultats provisoires sur 18 régions au 10 juin 2009.

Établissements et services pour personnes handicapées
(Résultats provisoires sur 18 régions au 10 juin 2009)

Nombre d'ETP prévisionnel 2009-2013			
	Personnes handicapées		
Qualification du personnel	**Enfants**	**Adultes**	**TOTAL**
Personnel de direction, administration, services généraux	1 294	2 758	4 052
Personnel socio-éducatif	2 253	4 733	6 986
dont éducateur spécialisé	1 735	2 159	3 893
Personnel médical	439	1 553	1 992
dont psychiatre	90	123	213
dont généraliste	47	86	133
Personnel paramédical	1 113	3 922	5 035
dont infirmier (IDE)	827	2 715	3 542
dont aide-soignant	149	1 536	1 685
dont aide médico-psychologique	178	1 358	1 536
dont psychologue	360	329	689
dont orthophoniste	204	47	250
dont psychomotricien	230	81	311
dont kinésithérapeute	149	79	228
dont ergothérapeute	61	99	160
Total	5 099	12 966	18 065

LES PRINCIPALES TENDANCES QUI SE DÉGAGENT SUR LA PÉRIODE 2009-2013

Sur le secteur des personnes âgées

Les objectifs du plan Solidarité grand âge (PSGA) sont couverts en prévision pour les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire)

La part de l'accompagnement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans la programmation des PRIAC reste stable sur la période 2009-2013 (50 %), par comparaison à la version 2008. La programmation permet ainsi d'atteindre en prévision les objectifs du PSGA, et du plan Alzheimer, pour ce qui concerne l'hébergement temporaire (6 900 places programmées sur cinq ans, dont 5 460 places sur 2009-2012 [8] et, dans une moindre mesure, pour l'accueil de jour (10 600 places programmées sur cinq ans, dont près de 8 500 sur 2009-2012), tandis que la programmation du développement des capacités de SSIAD reste en deçà des objectifs nationaux (30 200 places programmées sur cinq ans, dont 24 000 sur 2009-2012).

La progression de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

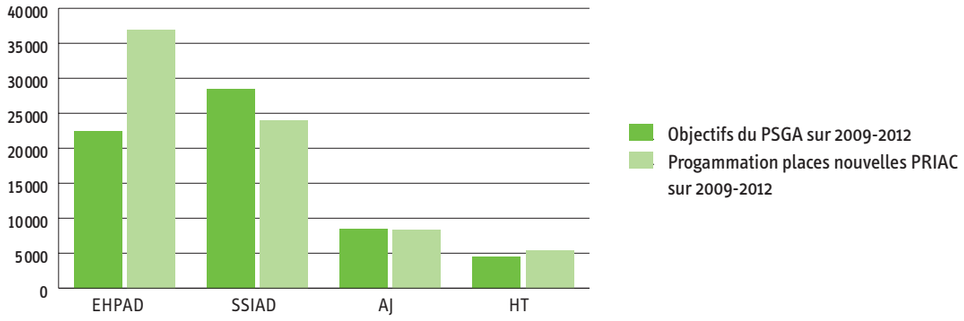
Près de 23 % des places programmées dans les PRIAC sur la période 2009-2013 sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer (versus 16 % en version 2008). Ces places sont majoritairement centrées sur les structures de répit : accueil de jour et hébergement temporaire (AJ–HT).
Il convient en outre de rappeler que, parmi les places en EHPAD programmées pour les personnes âgées dépendantes, une part importante est appelée à accueillir également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'évolution de la maladie constituant aujourd'hui le principal motif d'entrée en établissement.

Une expression de besoins encore soutenue pour les places nouvelles en EHPAD

Avec 46 000 places nouvelles en EHPAD programmées sur cinq ans, dont plus de 36 900 places sur 2009-2012 (hors places issues de la partition des USLD), la programmation des PRIAC se situe très au-delà des objectifs du plan de Solidarité grand âge *(cf. p. 22)*. Elle serait ainsi couverte à 60 % par les volumes de financement du PSGA dans sa configuration actuelle.

(8) L'échéance du plan Solidarité grand âge est en 2012.

Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC 2009-2012 – personnes âgées



Un impact potentiel sur la réduction des disparités interdépartementales de l'offre pour les personnes âgées
L'analyse de l'impact de la programmation prévisionnelle 2009-2013 pour le financement des places nouvelles sur les moyens d'assurance maladie consacrés à l'offre globale pour les personnes âgées, tenant compte de la progression des plus de 75 ans (projection à 2013), fait apparaître une réduction potentielle de l'écart type [9] entre les départements de – 6,3 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008 [10]. Ce résultat est à rapprocher de la part que représente le volume des mesures nouvelles programmées par les PRIAC (10 %) sur le montant total des moyens de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées.

Une programmation en EHPAD sous contrainte des projets en attente de financement
L'analyse croisée de la programmation de places nouvelles sur 2009-2013 et des projets en attente de financement fait apparaître une corrélation entre les places d'EHPAD programmées et le nombre de places en attente de financement [11] dans une majorité de départements, alors que le volume de projets n'est pas nécessairement en cohérence avec la situation de l'équipement existant.
A contrario, la programmation du développement de l'offre de SSIAD n'est pas liée aux projets en attente.

Sur le secteur des personnes handicapées

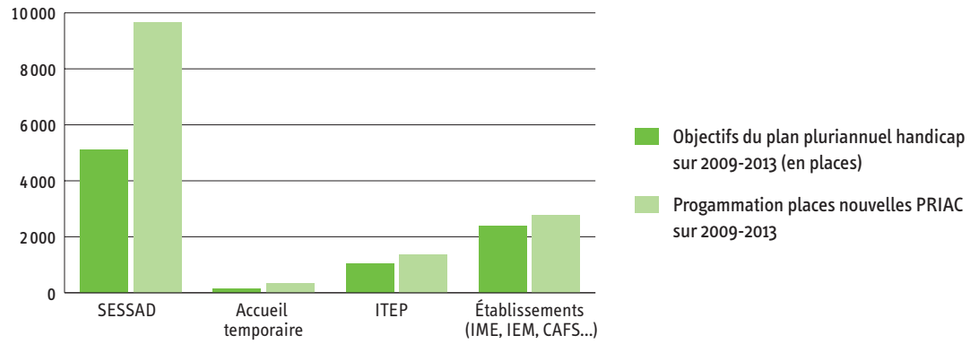
Le rééquilibrage de la programmation en faveur des adultes se confirme
Le rééquilibrage des programmations en faveur du développement de l'offre d'équipement pour les adultes, qui avait été constaté en version 2008, se confirme sur la période 2009-2013, avec une part des volumes de financement prévisionnel qui s'établit en moyenne à 62 %, se rapprochant ainsi des objectifs du plan pluriannuel de création de places (65 % des financements prévus au titre des mesures nouvelles), en réponse aux enjeux que représentent l'allongement des durées d'accompagnement et l'accroissement des besoins de soins liés au vieillissement.

Pour les enfants et adolescents, la programmation du développement de l'offre de SESSAD se maintient à un niveau élevé
Le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire se poursuit en programmation 2009-2013 ; il représente, comme en version 2008, 64 % des places programmées sur les cinq années pour les moins de 20 ans. Aux places de SESSAD, il convient d'ajouter également le développement de l'offre de CAMSP et CMPP, qui représente près de 10 % du montant total programmé sur la période.
Avec 10 870 places nouvelles de SESSAD prévues sur cinq ans (dont moins de 8 % par transformation des capacités d'établissements), la programmation est très supérieure aux hypothèses de construction des objectifs nationaux. Cette progression, qui s'inscrit dans l'accompagnement de la scolarisation des enfants, implique une coordination avec la programmation de l'Éducation nationale en pluriannuel. En outre, le mouvement de transformation de l'équipement existant sur le secteur de l'enfance reste insuffisant.

(9) Définition de l'écart type : l'écart type mesure la dispersion des valeurs par rapport à la valeur moyenne.
(10) Hypothèse de calcul : sans variation des dépenses départementales hors places nouvelles (EHPAD, EHPA, USLD, SSIAD, AJ, HT, AIS).
(11) Projets ayant reçu un avis favorable mais non ou partiellement financés par les dotations départementales médico-sociales.

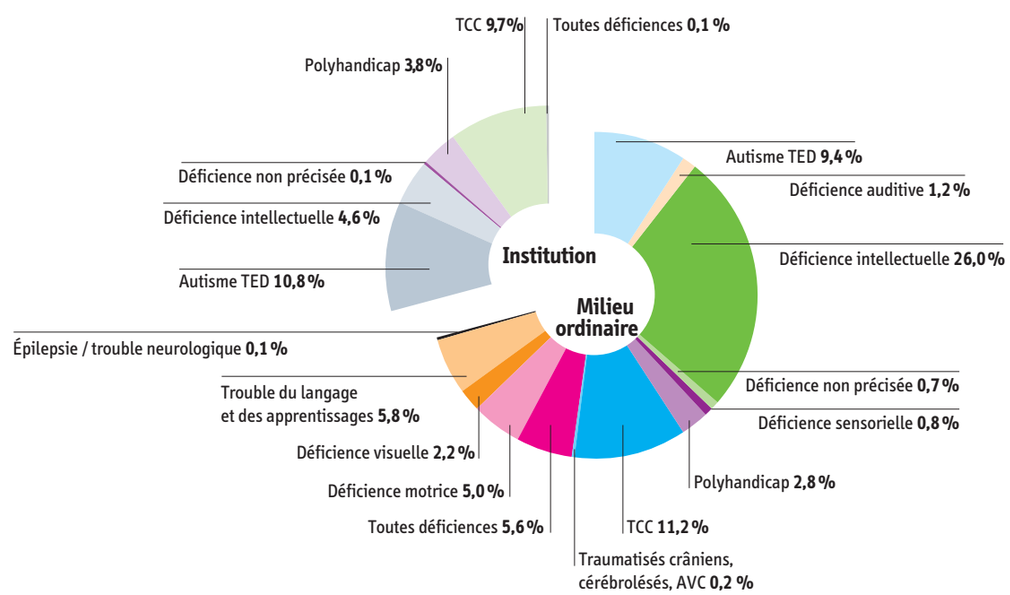
La programmation permet de couvrir en prévision les objectifs du plan pluriannuel de Création de places pour les enfants et adolescents sur la période 2009-2013 *(cf. graphique ci-dessous).* Mais la programmation des créations de places de SESSAD (hors transformations) ne serait assurée qu'à 51 % par les financements de mesures nouvelles prévus sur l'OGD par le plan pluriannuel.

Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC actualisée en 2009 – Enfants
(Places nouvelles hors transformations)



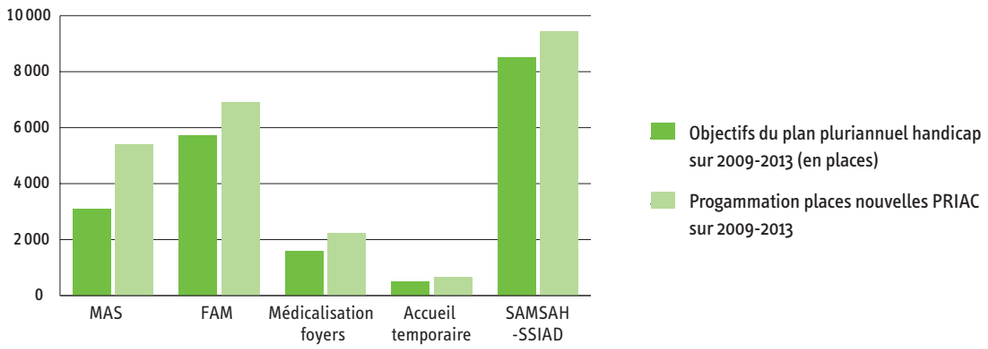
La répartition des places nouvelles programmées selon les publics *(cf. graphique ci-dessus)* diffère peu de celle des PRIAC version 2008 : le développement de l'offre pour les déficiences intellectuelles représente près du tiers de la programmation (31 % du total des places programmées, dont 26 % en SESSAD) ; les autres handicaps principalement ciblés sont les troubles du caractère et du comportement (21 %), l'autisme (20 %) et, dans une moindre mesure, le polyhandicap (7 %) et les déficiences motrices (5 %) et sensorielles (4 %).
La progression de la programmation en direction des troubles du langage et des apprentissages peut être soulignée (6 % versus 4 % en version 2008 des PRIAC).

Places programmées 2009-2013 par publics et modes d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Enfants



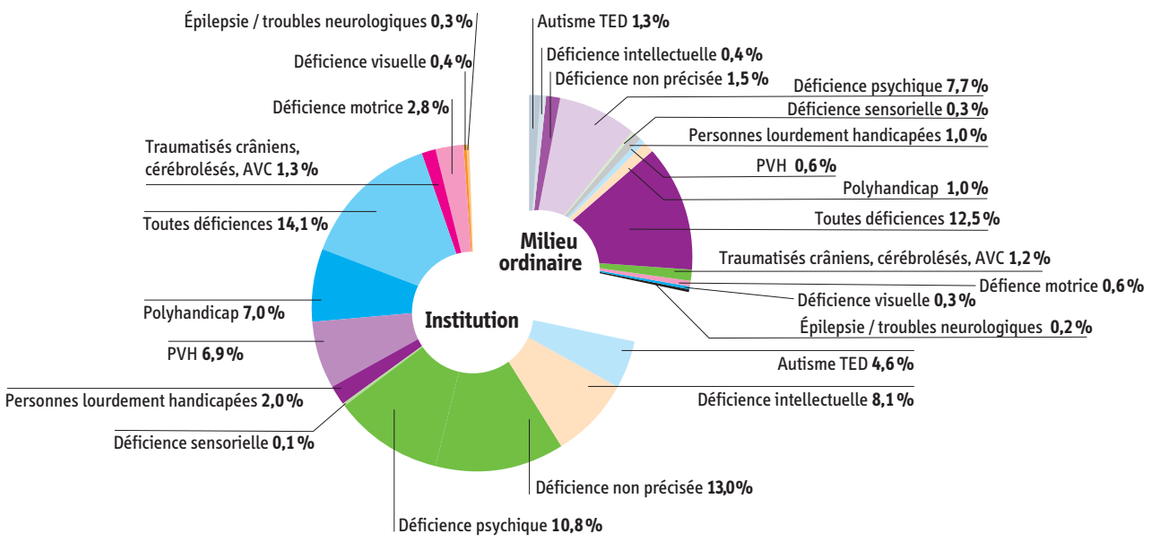
Sur le secteur des adultes, la programmation 2009-2013 couvre en prévision les objectifs nationaux
La programmation des places en établissements représente plus de 70 % de la programmation des PRIAC pour les adultes handicapés sur la période 2009-2013. Les besoins en capacités de MAS et FAM pour les plus lourdement handicapés restent prioritaires (15 700 places programmées sur cinq ans), avec une proportion de 60 % de places nouvelles de FAM qui se rapproche de l'objectif du plan pluriannuel de Création de places pour les personnes handicapées (65 %).

Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC actualisée en 2009 – Adultes
(Places nouvelles hors transformations)



La répartition de la programmation des places nouvelles par publics *(cf. graphique ci-dessous)* fait apparaître la poursuite du développement de l'offre dédiée au handicap psychique (19 % des places programmées dont 8 % en SAMSAH et accueil temporaire), aux personnes handicapées vieillissantes (10 % des places programmées par création de places de FAM ou médicalisation de foyers de vie). Le développement de l'offre spécialisée pour adultes avec autisme et TED est en progression (6 % du total des places programmées, qui représentent 12 % des places de MAS-FAM).

Places programmées 2009-2013 par publics et modes d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Adultes



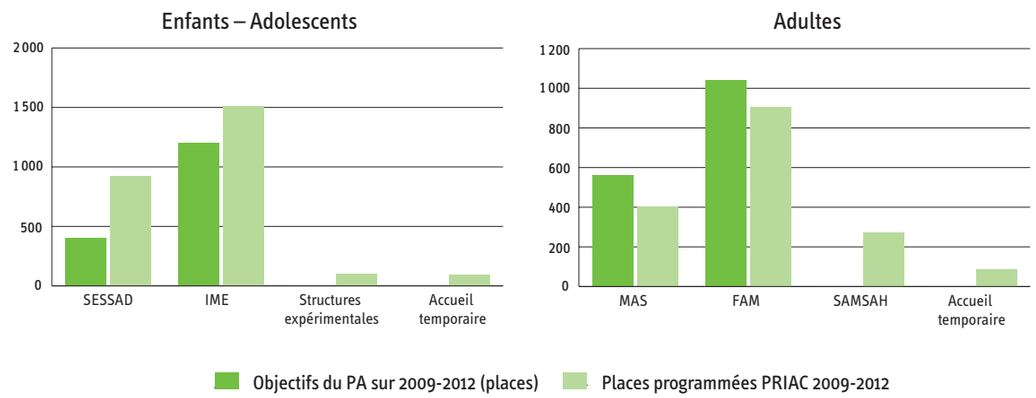
Le développement de l'offre par adaptation et transformation de l'équipement existant reste insuffisant sur le secteur des enfants
Sur l'ensemble des places nouvelles programmées dans les PRIAC actualisés en 2009 pour la période 2009-2013, 15 % sont issues de transformations ou d'adaptations de l'équipement existant destiné aux enfants (53 % des places nouvelles étant des créations et le reste, soit 32 %, des extensions). Cette proportion reste stable par comparaison à la version 2008 des PRIAC, de même que la typologie des actions :

- requalification de places existantes pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents nécessitant un accompagnement plus lourd (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places pour autistes) ou transformation d'agrément pour l'accueil d'un autre public (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places d'ITEP pour enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement) ;
- transformation de places d'établissements en places de services pour l'accompagnement en milieu ordinaire (exemple : transformation de places d'IME ou d'IEM en SESSAD) ;
- délocalisation de sites d'implantation des établissements pour un rapprochement des zones de vie des enfants et des familles.

Sur le secteur des adultes handicapés, la part des places issues de la transformation de l'existant se maintient à hauteur de 9 % du total des places programmées pour 2009-2013 (68 % des places nouvelles étant des créations et 24 % des extensions de structures). Outre les actions de création de FAM par médicalisation de foyers de vie, en particulier en faveur des personnes âgées vieillissantes, certaines opérations de création de places de MAS ou FAM, issues d'une recomposition de l'offre hospitalière, sont également identifiées dans les PRIAC, le plus souvent pour le handicap psychique et le polyhandicap, pouvant donner lieu à un financement par transfert de l'enveloppe sanitaire.

Les problématiques spécifiques
Les objectifs du plan Autisme sont partiellement atteints en prévision.
La programmation des places nouvelles dédiées à l'autisme et aux TED des PRIAC sur la période 2009-2012 [12] est en cohérence avec les objectifs du plan Autisme pour le champ de l'enfance *(cf. graphique ci-dessous)*, avec 1 510 places en établissements (dont 400 créées par transformation de l'existant) et 920 places de SESSAD sur quatre ans. La création de structures expérimentales a été programmée dans cinq départements (101 places), pour mettre en œuvre des méthodes éducatives qui devront faire l'objet d'une évaluation.
Sur le secteur des adultes, en revanche, la programmation reste en deçà des objectifs du plan Autisme, avec 1 600 places de MAS-FAM et 270 places de SAMSAH sur quatre ans, auxquelles il faut ajouter près de 90 places d'accueil temporaire. En outre, les coûts à la place prévisionnels des PRIAC pour les places nouvelles de MAS dédiées à l'autisme et aux TED sont supérieurs aux coûts unitaires de référence utilisés comme base de calcul du plan national, ce qui minore la réalisation de l'objectif physique.

Taux de couverture des objectifs du plan Autisme par les places nouvelles programmées sur 2009-2012



(12) Échéance du financement des mesures du plan Autisme en 2012 (cinq ans : 2008-2012).

La planification de l'offre pour les handicaps rares ou nécessitant une expertise complexe
La programmation de l'offre dans les régions pour les handicaps rares ou les situations nécessitant une expertise complexe devra être réalisée en conformité avec les orientations définies par le schéma national (examen par le CNOSMS le 25 juin 2009).

L'expression de besoins non identifiés par les plans nationaux

Des situations de rattrapage territorial d'équipement
Les PRIAC font apparaître des besoins ciblés, hors des objectifs nationaux, pour certains territoires en situation de déficit d'équipement : le développement de places de centres de préorientation et de centres de réadaptation professionnelle, la création de capacités nouvelles en établissements pour déficients sensoriels (exemple : Dom – Guadeloupe).

L'expérimentation de modes de réponse nouveaux ou émergents
Un besoin de structuration de la fonction d'appui au niveau régional ou interrégional s'exprime dans des projets de « centres de ressources » pour des publics ou des problématiques spécifiques (handicap psychique, troubles du comportement), dont les missions devront être précisées tant auprès des familles et usagers que des professionnels, y compris dans les MDPH pour l'évaluation des situations individuelles.
Des modalités de coopération entre les acteurs apparaissent également à travers la programmation d'équipes mobiles, associant professionnels du secteur sanitaire et du champ médico-social, pour apporter un soutien dans les établissements et services, notamment en direction de certains publics tels que les enfants ou les adultes autistes, polyhandicapés, traumatisés crâniens et cérébrolésés ou handicapés psychiques.

L'expérimentation de nouveaux modes de tarification
L'expérimentation de nouveaux modes de tarification émerge sur le champ de l'enfance, en particulier pour l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement, permettant un financement conjoint par le préfet et le président du conseil général.

L'impact de la programmation 2009-2013 sur la réduction des disparités interdépartementales d'équipement pour les personnes handicapées

Une réduction potentielle des écarts entre les départements pour l'offre en établissements pour enfants et adolescents
L'analyse de l'impact de la programmation 2009-2013 de places nouvelles pour les enfants et adolescents, tenant compte de l'évolution de la population des moins de 20 ans (projection à 2013), fait apparaître une réduction potentielle de l'écart type entre les départements pour l'ensemble des équipements de – 1,8 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008, pour une augmentation prévisionnelle du nombre de places de l'ordre de 10 % sur la période.
Ce résultat global masque néanmoins une situation contrastée : l'écart entre les taux d'équipement départementaux se creuse pour les places de SESSAD (+20 %) tandis qu'il se resserre pour l'offre en établissements (– 3,25 %), dans une logique de rattrapage territorial d'équipement.

Un impact contrasté sur les écarts d'équipement pour les adultes handicapés
L'analyse de l'impact de la programmation 2009-2013 de places nouvelles pour les adultes, tenant compte de l'évolution de la population des 20-59 ans (projection à 2013), fait apparaître une légère progression potentielle de l'écart type entre les départements pour l'ensemble des équipements de +2 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2008. Ce résultat s'explique principalement par le développement prévisionnel de l'accompagnement en milieu ordinaire (SAMSAH, SSIAD, accueil temporaire), qui progresse dans l'ensemble des départements mais de façon encore hétérogène. À l'inverse, la programmation des places nouvelles de MAS-FAM permet de réduire les écarts interdépartementaux d'ici 2013 (– 3,2 %).

Annexe 5 – Bilan d'exécution des plans d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Depuis 2006, 1 649 opérations d'investissement au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes ont été soutenues par la CNSA, à hauteur de 1,310 Md€ (dont 330 millions en 2009), ce qui représente un montant total de travaux de 8,3 Md€ (soit un effet de levier supérieur à 6). En 2009, la CNSA a repris à la demande de l'État le financement des opérations inscrites aux CPER 2007-2013 n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation d'engagement par l'État au titre des exercices 2007 et 2008 (soit un montant d'aide total de 165 M€ sur la période, avec une première tranche de financement 2009 de 30 M€). Les aides à l'investissement de la CNSA, qui constituent une mission pérenne de la Caisse depuis 2008, sont financées exclusivement sur ses réserves en l'absence de recette pérenne affectée spécifiquement.

BILAN D'EXÉCUTION DES PLANS D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2006-2009

Données statistiques générales

L'analyse rétrospective des quatre années de plans d'aide à l'investissement donne de manière synthétique les résultats moyens suivants :

	Nombre de dossiers	Volume total de travaux générés (M€)	Taux de financement CNSA	Taux de financement CNSA sur la dépense subventionnable	Taux de financement par conseil général	Taux d'autofinancement	Taux de financement par emprunt
Personnes âgées	1 044	1 826	14,2 %	18 %	11,3 %	6,7 %	55,5 %
Personnes handicapées	605	6 487	20 %	26 %	3 %	15 %	47,7 %

Ces taux moyens montrent l'importance cruciale du soutien à l'investissement sur un secteur où le besoin d'investissement annuel est estimé à 4,9 Md€.
Sur les quatre années de plan d'aide à l'investissement, le volume d'investissements généré est de 8,3 Md€, soit environ la moitié du besoin estimé.
Le taux d'aide CNSA moyen est de 16 %, soit un effet levier de plus de 6. La CNSA apparaît donc comme le principal financeur public en termes d'aide en capital.

L'analyse des cofinancements permet d'observer, sur les quatre années, le potentiel de participation des conseils généraux aux dépenses d'investissement du secteur médico-social et notamment du champ des personnes âgées bénéficiaires des plans d'aide à l'investissement de la CNSA. En effet, du fait de la compétence légale du président du conseil général sur le budget hébergement des établissements habilités à l'aide sociale, qui intègre les charges afférentes à l'investissement, les aides à l'investissement des départements se portent à titre principal sur le secteur des personnes âgées (EHPAD).

Personnes âgées

	Volume de financement conseil général (M€)	Volume total de travaux générés (M€)	Taux de financement par conseil général
2006	243	1 957	12,4 %
2007	121	1 013	11,9 %
2008	173	1 557	11,1%
2009	200	1 960	10,2%

On constate donc une diminution progressive de la capacité des collectivités locales à soutenir l'investissement, *via* des aides en capital, sur le secteur des personnes âgées sur le périmètre des opérations aidées.
Par ailleurs, l'analyse des taux d'aide par département confirme l'hétérogénéité des pratiques et/ou des capacités de soutien à l'investissement.

En outre, il faut noter le poids important de l'emprunt dans le financement des opérations d'investissement puisqu'il s'élève en moyenne à 55,5 % sur le champ des personnes âgées et 47,7 % sur celui des personnes handicapées.

Données concernant l'exécution et la consommation des plans

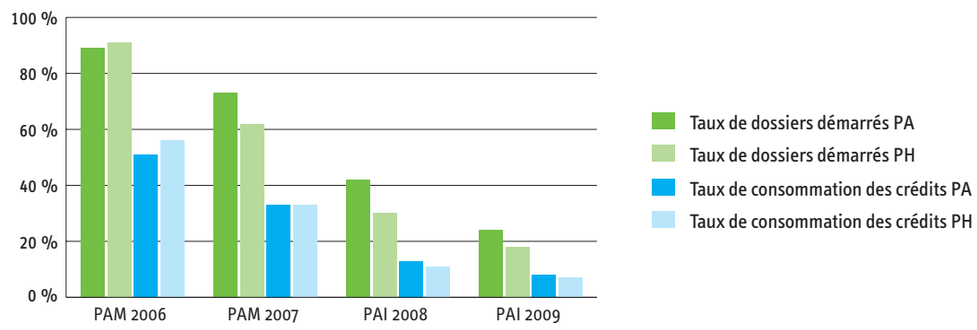
La consommation globale de près de 1,3 Md€ consacrés aux dépenses d'investissement sur le secteur médico-social par la CNSA est de 30 % à fin 2009.
Elle doit être interprétée en tenant compte des délais d'études techniques et de mise en concurrence des opérations d'investissement découlant du niveau d'avancement requis pour l'inscription au PAI, soit au moins le stade du programme validé.

Les taux de consommation des différents plans d'aide par année de financement sont les suivants :

	Taux de consommation PAI
2006	52 %
2007	33 %
2008	12 %
2009	8 %

Le graphique ci-dessous retrace le détail du taux d'exécution (nombre de dossiers ayant démarré) ainsi que le montant consommé (montants mis en paiement) par année de financement et par secteur (personnes âgées et personnes handicapées).

Plan d'aide à l'investissement 2006-2009 des personnes âgées et des personnes handicapées : exécution et consommation des crédits



Source : CNSA DF/ESMS.

Dans le cadre du suivi de l'exécution des plans d'aide à l'investissement, il a été procédé au cours de l'année 2009 à une analyse de l'ensemble des dossiers financés au titre des plans d'aide à la modernisation (PAM, intitulé précédent des PAI) 2006 et 2007 et n'ayant pas encore démarré leurs travaux.

Au total, 93 dossiers ont fait l'objet d'une relance auprès des porteurs de projets et/ou des services déconcentrés de l'État.

Les dossiers concernés se répartissent comme suit, selon le secteur et l'année de financement :
- PAM 2006 : 43 opérations (13 personnes handicapées et 30 personnes âgées) ;
- PAM 2007 : 50 opérations (28 personnes handicapées et 22 personnes âgées).

Ce bilan a permis de procéder à l'annulation de 45 subventions accordées pour un montant total de 27 M€ (dont 40 % sur demande des porteurs de projets, 52 % sur demande des services déconcentrés et 8 % sur décision de la CNSA).
Il ressort de l'analyse conduite que la raison principale d'abandon ou d'annulation des opérations reste l'insuffisance de définition du projet institutionnel et fonctionnel permettant de définir un programme cadrant l'opération immobilière et engageant les décideurs locaux.
Enfin, dans le cadre des échanges techniques menés avec les services déconcentrés au cours du dernier trimestre 2009, il apparaît que la thématique de l'investissement sur le secteur médico-social souffre d'un manque flagrant d'ingénierie tant dans la conception des projets que dans le processus de suivi.

BILAN DES NOTIFICATIONS DU PLAN D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2009

L'année 2009 a été marquée par un exercice de notification en plusieurs temps :
- la notification des opérations relatives à la tranche 2009 des CPER 2007-2013 ;
- la notification des opérations relatives au plan de relance ;
- la notification des opérations PAI 2009, dans un premier temps, les opérations relatives aux établissements pour personnes handicapées (août et septembre), puis, après contrôle de la prise en compte des priorités au titre du plan Alzheimer, les notifications relatives à la programmation personnes âgées à compter d'octobre.

L'analyse synthétique des notifications 2009 donne les résultats suivants :

	Montant total notifié (M€)		Nombre d'opérations financées		Montant total des travaux générés (M€)		Taux moyen d'aide (calculé sur la dépense subventionnable) %	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Plan de relance	51	19	51	19	406	132	17	23,5
CPER	21	9	23	12	408	110	14	20
PAI	160	70	158	95	1 271	376	17	22,5
Total	232	98	232	126	2 085	618		

Concernant les opérations contrat de projets État-région (CPER)
30 M€ étaient destinés en 2009 au financement d'opérations confirmées par les régions au titre du CPER 2007-2013.
35 opérations ont donc été financées à ce titre, dont 23 pour le secteur des personnes âgées et 12 sur le champ des personnes handicapées pour un total de 30 M€.

Concernant les opérations relevant du plan de relance de l'économie
Dans le cadre du plan de relance, la CNSA s'est engagée par la mise en œuvre de deux mesures en faveur de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées au sein des établissements : aides à l'investissement et enveloppes anticipées de création de places.
La partie plan de relance de l'économie sur le volet investissement à hauteur de 70 M€ a permis d'accélérer la mise en chantier de 70 opérations, dont 51 concernant des établissements permettant d'offrir des solutions d'accueil aux personnes âgées dépendantes, notamment celles atteintes par la maladie d'Alzheimer, pour un montant de 50 M€ et 19 opérations pour accroître l'offre de services en établissements pour les personnes handicapées à hauteur de 20 M€.

L'aide en capital de la CNSA a permis de déclencher un montant total de travaux pour la construction de ces établissements de 538 M€ pour un taux d'aide CNSA global de 17 % (calculé sur la dépense subventionnable). En plus de leur impact direct sur le financement et sur le maintien de l'emploi dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, ces chantiers permettront l'ouverture de capacités nouvelles, synonyme de recrutements supplémentaires de professionnels dans le secteur médico-social.
Dans un souci d'efficacité de la dépense publique, la date de démarrage des travaux a constitué un critère particulièrement suivi, ce qui a amené à rapporter la subvention initialement prévue pour une opération dont la date de mise en chantier avait connu un retard sensible, pour l'affecter sur une autre opération dont la mise en chantier était imminente.
Ainsi, le bilan au 31 décembre 2009 montre que les 70 opérations ont déjà démarré et que 70 acomptes de 30 % ont été versés par la CNSA directement aux promoteurs des projets permettant d'apporter un financement dans l'économie de 21 M€. L'enjeu pour l'année 2010 réside dans le suivi de l'échéancier des travaux puisque les paiements suivants interviennent à un niveau d'avancement de 50 % des travaux et dans la mise en paiement de cette deuxième tranche de financement.

Concernant les opérations PAI
253 opérations ont été financées dans ce cadre, dont 158 sur le champ des personnes âgées et 95 sur le champ des personnes handicapées pour un total de 226 M€.

Pour rappel, les orientations retenues par le Conseil de la CNSA pour l'analyse des dossiers PAI 2009 étaient les suivantes :
- la modernisation des locaux existants concerne prioritairement les locaux de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie, avec une attention particulière sur les lieux de vie permanents ;
- les travaux de mise aux normes techniques et de sécurité doivent s'inscrire dans un projet global d'amélioration de la qualité de vie des résidents ainsi que des conditions d'exercice des professionnels ;
- les établissements qui développent des modes d'accompagnement diversifiés ;
- la création de places nouvelles à partir d'établissements existants ou ex-nihilo ;
- l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, au travers d'unités spécifiques UHR/PASA ;
- le soutien aux opérations remarquables au sens où elles présentent des éléments qui sont de nature à changer l'image de l'institution.

Le contrôle de cohérence effectué sur les programmations régionales montre que la prise en compte des priorités a été respectée.
- Prise en compte de la priorité Alzheimer :
  les opérations prises en compte dans le cadre du PAI 2009 comportent la réalisation de 37 PASA et 97 UHR pour une aide totale de la CNSA de 92 M€, ramenée à 77 M€ en application des plafonds retenus par la mission Alzheimer.
- Diversification des modes d'accueil :
  la prise en compte de la diversification des modalités d'accueil dans les projets présentés au titre du PAI s'est poursuivie en 2009 puisque 100 % des dossiers, tant personnes âgées que personnes handicapées, présentent une diversité de prise en charge (notamment dans l'accueil de jour).
- Prise en compte des priorités de financement aux établissements accueillant des adultes handicapés :
  l'analyse de la répartition des dossiers financés sur le champ des personnes handicapées montre que la priorité donnée à celui concernant les adultes handicapés a été très largement respectée puisque 63 % des dossiers financés au titre du PAI 2009 concernent des établissements pour adultes contre 37 % en 2008. La répartition se fait toujours au profit des MAS, qui représentent 32 % des dossiers en 2009 contre 19 % en 2008 et 29 % de FAM contre 16 % en 2008.

Concernant l'enveloppe dédiée au soutien d'opérations remarquables, les critères d'analyse ont été :
- l'adaptation à la spécificité du public accueilli ;
- la diversification et la modulation des modes d'accueil ;
- l'inscription dans la cité ;
- la qualité d'usage environnementale ;
- la qualité de la programmation régionale.

À ce titre, quatre dossiers sur le secteur des personnes âgées ont été retenus pour un montant total d'aide de 3,3 M€ et un taux moyen d'aide de 21 %, et deux dossiers sur le secteur des personnes handicapées pour un montant total d'aide de 1,6 M€ pour un taux moyen d'aide de 23 %. Soit un total de six dossiers retenus pour dix-huit présentés à ce titre.

Annexe 6 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2008

Note de synthèse des rapports des présidents de conseil général

(Résumé de la publication MDPH, an III, la vigilance, *rapport d'activité des maisons départementales des personnes handicapées – novembre 2009 – disponible sur le site internet de la Caisse.)*

Comme chaque année depuis 2006, maintenant, les rapports transmis par les départements sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées donnent lieu à un document de synthèse. Celui pour 2008 a donné lieu à une édition particulière. On trouvera dans cette annexe une reprise des éléments les plus significatifs.
Ce document est intitulé : *Les MDPH, an III, la vigilance*. Le titre ne doit pas nécessairement marquer une inquiétude, mais il mérite d'être expliqué. Si on a, en effet, assisté à une mise en place rapide des nouveaux services dès le 1er janvier 2006 – souvent dans des conditions difficiles, avec la recomposition des équipes professionnelles, une nouvelle réglementation, un retard important de dossiers à traiter et des conditions matérielles loin d'être optimales –, il apparaît au bout de trois ans que, malgré les efforts locaux – et en tout premier lieu ceux fournis par les conseils généraux –, le rythme de croisière n'est pas encore atteint, ou du moins pas partout.

Parmi les avancées, on peut constater que le dispositif de mesure de la satisfaction des usagers semble aujourd'hui ancré dans les pratiques de la majorité des départements.
Cette année 2009 constitue une deuxième étape dans les relations entre la CNSA, les conseils généraux et leur MDPH, avec la mise en œuvre des nouvelles conventions d'appui à la qualité de service. Au printemps, les représentants de tous les départements ont été reçus à la CNSA, pour discuter de ces conventions étendues à l'ensemble des questions communes, non seulement sur le fonctionnement des maisons départementales, mais aussi sur les modalités d'intervention possibles au titre des sections IV (appui à la modernisation et à la formation de l'aide à domicile) et V (études et recherches) de son budget ainsi que sur la programmation des établissements et services médico-sociaux, cela en prévision de la création des agences régionales de santé.

Ressortant des analyses actuelles, et parmi les priorités que la CNSA devra se fixer pour ses relations avec les MDPH et, de façon plus large, avec les conseils généraux, on peut citer le fonctionnement des CDAPH et des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, avec le développement souhaitable des plans personnalisés de compensation, l'approfondissement des coopérations entre les maisons départementales et les services de l'État concourant à la politique du handicap dans le département, ainsi qu'un domaine encore trop peu traité : le suivi des situations et des personnes handicapées dans la durée, afin de ne pas considérer le dossier clos une fois la décision prise.

De façon plus large, et sans réengager un débat qui fut très présent lors de l'élaboration de la loi de 2005, il sera sans doute nécessaire que les acteurs de terrain, tout comme la CNSA avec ses partenaires des administrations centrales, puissent réfléchir à nouveau à ce qui relève de la compensation et ce qui doit ressortir de l'accessibilité et, également, à ce qui doit être pris en charge au titre des soins par l'assurance maladie ou doit être mis en œuvre par les services médico-sociaux ou solvabilisé par la PCH.

Alors que les MDPH sont maintenant bien établies dans le paysage administratif français, certains départements se montrent encore inquiets du fonctionnement actuel de leur MDPH.
Mais ce n'est pas un tableau sombre qui ressort des différentes observations, tant l'investissement dans ce champ, comme l'énergie déployée par les professionnels, sont indéniables aujourd'hui, qu'il s'agisse des directeurs des maisons départementales et de leurs collaborateurs, des élus et des services des conseils généraux, comme des associations qui siègent dans les deux instances, de la COMEX du GIP et de la CDAPH.

On note partout que la pression des demandes adressées à la MDPH continue à se faire sentir. L'augmentation du nombre de demandes semble généralisée, de 8 à10 % entre 2007 et 2008.
Tous les rapports indiquent évidemment que l'arrivée de la PCH pour les enfants le 1er avril 2008 a demandé un important investissement des équipes, aussi lourd que l'inquiétude qu'elles avaient eue devant le peu de temps qui leur était laissé pour mettre en place cette évolution juridique (pourtant inscrite explicitement dans la loi). Il en est de même en fin d'année 2008 pour la réforme de l'allocation pour adultes handicapés prévue par la loi de finances 2009.

Bien que la convention bilatérale entre la CNSA et chaque département prévoie la transmission à la CNSA d'un rapport annuel au 30 juin, on ne pourra que regretter que seuls quatre-vingt-deux départements eussent rempli cette obligation à la fin octobre 2009.

Beaucoup de rapports départementaux, outre l'exploitation et le commentaire des données chiffrées, formulent des observations générales, émettent des critiques et présentent des propositions d'amélioration du dispositif.
La majorité souligne la nécessaire durée pour asseoir le nouveau dispositif qui, « constituant un défi de société, ne pourra être relevé que dans le long terme ». Par ailleurs, les expressions « changement de culture », « révolution culturelle », « nouveau regard », « égalité des droits », « écoute de la personne », reviennent aujourd'hui comme des leitmotives.

La question reste posée des capacités de la MDPH à constituer un creuset des politiques publiques du handicap sur un département, alors que les forces sont encore centrifuges. Au titre de leur visibilité, peut-être même de leur reconnaissance locale, des MDPH ont organisé avec les autres services du département des forums, assises ou autres journées départementales du handicap [1].

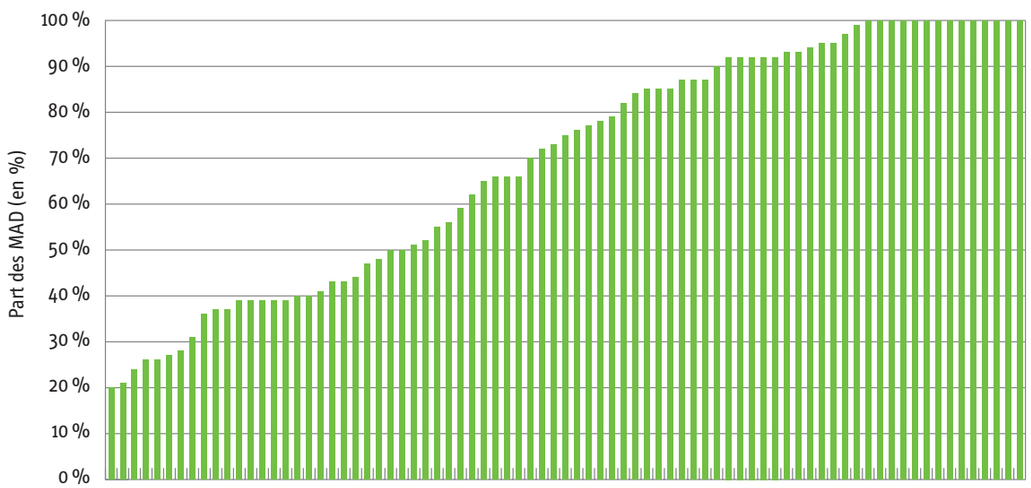
UN FONCTIONNEMENT QUI SE CONSOLIDE

Les personnels des MDPH

Si le problème des agents de l'État mis à disposition du GIP n'était toujours pas réglé fin 2008, les recrutements de professionnels supplémentaires se sont poursuivis à un rythme soutenu. Rares sont les rapports qui ne déplorent pas ces départs des personnels des services déconcentrés, voire ne dénoncent ce manque de réponse de l'État à ses engagements conventionnels.

Certains se plaignent également du caractère incompréhensible des divers versements financiers de l'État, qu'il s'agisse des remboursements des crédits de fonctionnement ressortant des conventions constitutives ou des subventions ponctuelles, versées au titre du remplacement des emplois non mis à disposition.

Mises à disposition dans le total de l'effectif de la MDPH
État des lieux à fin 2008 – Échantillon : 77 MDPH



MDPH classées par ordre croissant des mises à disposition (par l'État, le conseil général ou autre)

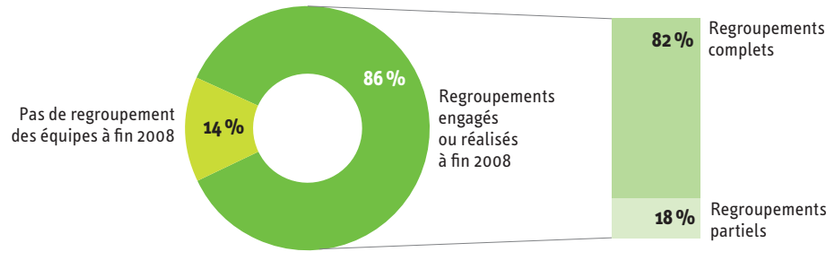
(1) On peut citer, entre autres, le Cantal qui a organisé avec ses partenaires de l'État et de l'insertion sociale et professionnelle, et avec le monde économique, un « forum pour l'emploi des personnes handicapées », qui s'est conclu par la signature d'un pacte territorial pour l'emploi avec les entreprises cantaliennes. Ou le Finistère, qui a couplé l'inauguration de sa MDPH avec une journée participative sur la politique départementale en direction des personnes handicapées.

Le ratio entre les personnels venant des anciens services de l'État et ceux recrutés par les départements pour le nouveau dispositif est largement en faveur de ces derniers. Les fonctionnaires de l'État ne représentent, aujourd'hui, qu'un peu plus du quart des effectifs des MDPH (28 %).
Si certains GIP sont directement employeurs [2], on confirme ici que la grande majorité des nouveaux emplois ont été créés par les conseils généraux, avec le statut de la fonction publique territoriale, que ces emplois aient pu être financés sur le budget départemental ou grâce aux concours versés par la CNSA (enveloppe nationale de 45 M€ en 2008, portée à 60 M€ en 2009).
Aujourd'hui, ce sont quelque 4 600 emplois permanents qui existent dans les MDPH, soit près de trois fois plus que dans les deux anciennes commissions. La plupart des départements de moins de 300 000 habitants disposent, par exemple, d'au moins une trentaine d'emplois [3], et la majorité des départements « millionnaires » de plus de quatre-vingts.
De façon très globale, on peut considérer que sur ce chiffre national, près de 1 300 agents sont encore mis à disposition par l'État, que 1 300 autres emplois ont pu être créés avec la subvention de la CNSA et que les autres ont été directement pris en charge par les départements, soit plus de 40 % des effectifs.
Dans ces tableaux de personnel, un tiers constitue l'équipe pluridisciplinaire et, si on prend en compte les équipes externes, ce sont 40 % des professionnels des MDPH qui assurent ainsi une mission d'évaluation.
Un grand nombre de départements reconnaissent combien ces équipes, qui sont encore loin de pouvoir toujours se déplacer au domicile de la personne handicapée, sont essentielles ; beaucoup indiquent leur volonté de poursuivre les recrutements d'experts, mais disent aussi que les recrutements sont difficiles pour certaines professions (médecins, évidemment, et ergothérapeutes, profession dont les MDPH reconnaissent complètement l'intérêt…).
Les actions de formation des personnels, quelquefois des membres de la CDAPH, sont très souvent citées, non seulement comme une nécessaire mise à niveau sur l'application des textes, mais aussi comme indispensable levier du changement.
Outre les projets de service étudiés et mis en œuvre dans beaucoup de MDPH, l'informatisation est l'occasion d'organiser des formations spécifiques, voire constitue l'opportunité d'une meilleure organisation et d'une évolution des procédures de travail comme du management interne [4].

L'accueil et les locaux

Sur cette fonction, toujours considérée comme première pour le succès de la réforme, on note les progrès réalisés depuis trois ans pour réunir les personnels dans des locaux communs.
La très grande majorité des MDPH est aujourd'hui installée sur un même site, après que de nouveaux locaux ont été aménagés, permettant le regroupement des différentes équipes. Pour 82 % des maisons départementales, ce regroupement est complet.
Elles ont par ailleurs engagé une démarche d'accessibilité, tant des locaux que pour la réception des différents publics. À ce titre, beaucoup de départements citent l'accès facilité pour les personnes sourdes et malentendantes.
Seuls 14 % des départements n'avaient pas encore réalisé cette opération fin 2008. On mesure ainsi la détermination des conseils généraux dans ces opérations immobilières, alors que, lors de l'examen de la loi de 2005, beaucoup se demandaient si la MDPH n'était pas d'abord un concept de travail en commun, sans obligation d'unité de lieu…

Regroupements des équipes à fin 2008
État des lieux – Échantillon : 86 MDPH



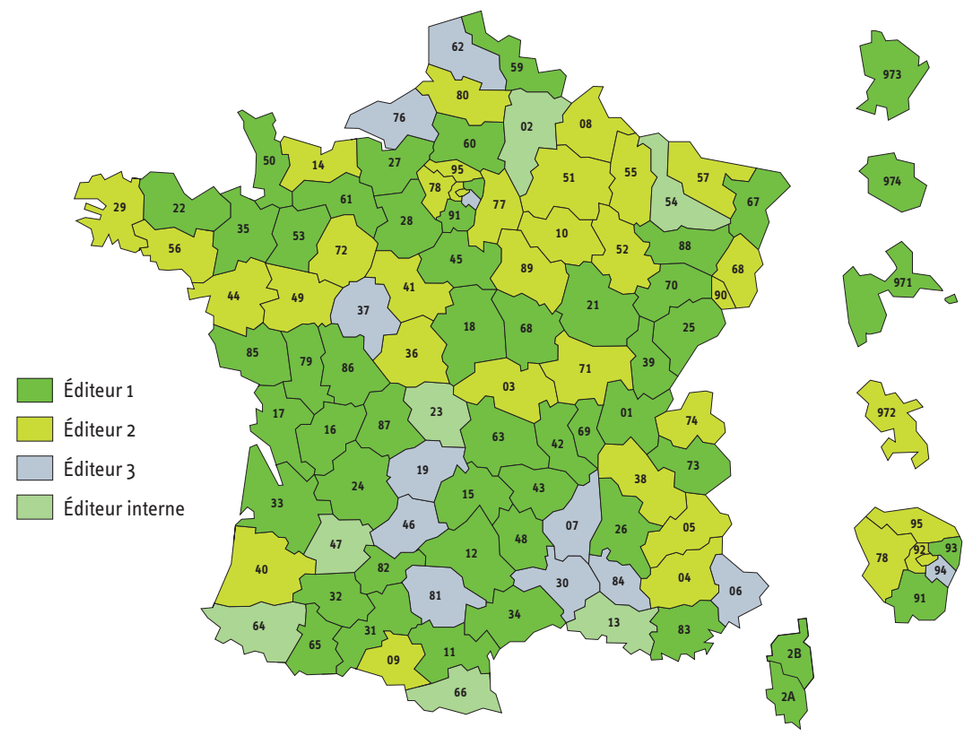
(2) Ces chiffres sont confirmés par ceux des dépenses de personnel ressortant de l'étude des budgets des MDPH, qui fait apparaître que les dépenses engagées directement par les GIP s'élèvent à 79,7 M€ pour 1 300 emplois (ces emplois directs, souvent de haut niveau, coûtent 50 % de plus que ceux mis à disposition par l'État et ceux rémunérés par les conseils généraux sur le statut de la fonction publique territoriale).
(3) À titre d'exemple, la MDPH de la Martinique (département de 400 000 habitants) dispose de trente-neuf emplois permanents.
(4) La Gironde a, par exemple, identifié six projets-métiers : le cycle du dossier du demandeur, l'évaluation, le pôle enfance, la consolidation du pôle adultes, la maintenance et les statistiques.

S'agissant de la territorialisation de la MDPH, la création de lieux d'accueil sur différents points du département n'apparaît pas encore comme majoritaire (47 %), les maisons départementales ayant d'abord voulu garantir l'unité de leurs équipes professionnelles avant de les déployer éventuellement sur leur territoire [5]. Quand des points d'accueil sont installés, ils sont d'abord greffés sur les unités territoriales d'action sociale du conseil général (dans 70 % des départements), les CCAS, les Clic ou les antennes des CAF n'étant impliqués globalement que dans un quart des départements. On notera toutefois que les CCAS, pourtant nommément désignés dans la loi et jusqu'ici quasiment absents des organisations départementales, sont de plus en plus cités dans les collaborations locales (dans 29 %), souvent avec des protocoles d'accueil contractuels.

On note une relative polyvalence des différents professionnels, pour beaucoup assez heureuse, car elle permet à des agents administratifs de voir leurs « clients » et aux personnels d'accueil d'apprécier le cheminement d'un dossier. La pluricompétence professionnelle semble aujourd'hui être d'autant plus facilitée que les recrutements sont effectués à un niveau de compétence plus élevé.

Les systèmes d'information

L'année 2009 a vu l'ensemble des MDPH basculer depuis les anciens logiciels ITAC et OPALES vers leurs nouveaux systèmes d'information. Les départements ayant affirmé leur volonté de choisir librement leur logiciel, les maisons départementales ont dû acquérir ou développer en interne un nouveau logiciel répondant à leurs nouvelles missions.



Le périmètre couvert par ce nouveau système d'information évolue progressivement : il a d'abord permis la gestion administrative des demandes, puis l'intégration des informations sur le plan personnalisé de compensation, avec l'informatisation de l'évaluation.

Cette évolution ne s'est pas faite sans difficultés ni délais : délais nécessaires au cadrage réglementaire des systèmes d'information, à la traduction en concepts informatiques des notions nouvelles apportées par la loi du 11 février 2005, à la mise en place de l'offre par les éditeurs, et à l'appropriation des nouveaux outils.

(5) Parmi les départements les plus engagés, et sans faire une liste exhaustive qui serait en pleine évolution, on peut citer : l'Isère, avec ses 13 services « autonomie », ouverts à toute personne quel que soit son âge ou son handicap, ainsi que le Rhône, avec ses 52 « maisons du Rhône » implantées sur chaque canton du département.

Enfin, l'accroissement du nombre de données à saisir a entraîné un allongement temporaire des délais dans le traitement des demandes, très sensible dans cette phase d'appropriation du nouveau logiciel par les équipes d'instruction des maisons départementales.
La CNSA a accompagné ces évolutions dans les MDPH de façon rapprochée. Ainsi, sur le module d'évaluation, elle a contribué à la rédaction d'un arrêté, publié en mai 2008, explicitant les nomenclatures à utiliser lors de l'évaluation des besoins d'une personne en situation de handicap. D'autre part, la CNSA anime un réseau de coordinateurs d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation qui, par ses échanges sur l'organisation du processus d'évaluation au sein des MDPH, contribue à faire avancer la possibilité d'informatisation de cette fonction.
Dans cette même perspective, la CNSA a lancé plusieurs groupes sur les échanges entre les MDPH et leurs partenaires locaux (CAF, MSA, inspecteurs d'académie…) afin de cartographier les échanges d'informations dans le but de simplifier et de dématérialiser ces flux pour faciliter les missions des MDPH, notamment celle de suivi des décisions, stratégique pour la réussite de la réforme.
En parallèle de ces travaux locaux d'informatisation des MDPH, la CNSA mène, depuis mai 2006, le projet sur le partage d'informations en application de l'article 88 de la loi du 11 février 2005. Ce projet vise à mettre en place des outils de pilotage cohérents et harmonisés entre toutes les MDPH et la CNSA, reposant notamment sur un système informatique produisant des statistiques et des indicateurs partagés.

Certaines missions sont mieux reconnues

Les rapports et les données statistiques de 2008 font ressortir les évolutions suivantes sur les différentes fonctions de la MDPH, telles qu'elles ont été fixées par la loi du 11 février 2005.

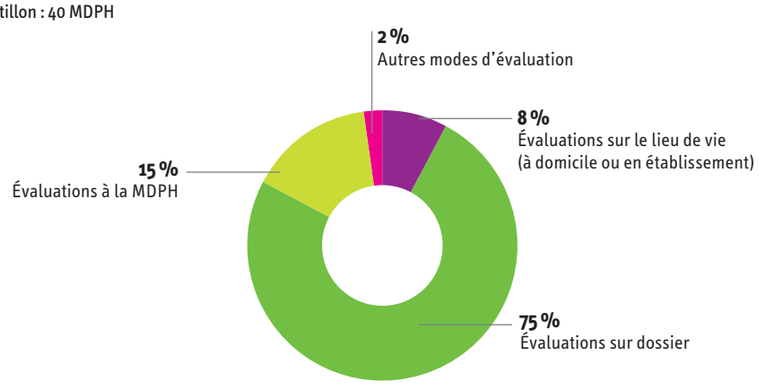
Le projet de vie

Si on peut se féliciter que le principe du projet de vie soit aujourd'hui accepté, et son concept compris par tous, il apparaît que sa formalisation est loin d'être généralisée.
Toutefois, dans un tiers des départements, 50 % des personnes ont exprimé un projet de vie…

L'évaluation

L'évaluation constitue, dans l'économie générale de la loi, un domaine nouveau quant à la doctrine, avec la création d'une équipe pluridisciplinaire, chargée d'évaluer les besoins de la personne handicapée dans son environnement.
On peut aujourd'hui affirmer que les progrès sont bien réels, même si les capacités d'intervention de ces équipes doivent se développer, voire leurs pratiques évoluer. Pour la moitié des départements, l'évaluation pluridisciplinaire est réalisée dans presque toutes les situations (90 %), et les deux tiers dans 75 % des cas. On note toutefois que ces évaluations sont effectuées sur dossier pour les trois quarts des demandes (même chiffre qu'en 2007).
Les missions d'évaluation sur le lieu de vie de la personne handicapée (domicile ou établissement) ne sont toutefois effectives que dans 8 % des demandes.

Répartition des modes d'évaluation en 2008
Échantillon : 40 MDPH



La prise en compte du caractère essentiel de cette fonction apparaît dans la majorité des rapports, qui soulignent à la fois le nombre de professionnels impliqués et la grande quantité de réunions qui se sont tenues tout au long de l'année. L'objectif poursuivi par les MDHP est bien de développer la performance des évaluations effectuées, tant en qualité qu'en quantité.

La majorité des rapports témoigne de l'accroissement des membres des équipes pluridisciplinaires, tant en nombre qu'en compétences, indispensable pour faire face à la charge de travail représentée par le volume croissant des demandes et la nécessité d'une approche la plus individualisée possible des situations.

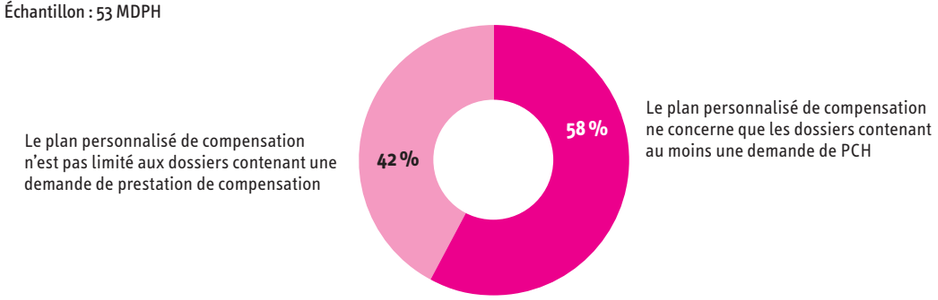
La construction de partenariats pour s'adjoindre des compétences externes a considérablement augmenté au cours de l'année ; beaucoup de maisons soulignent d'ailleurs l'importance reconnue de ces regards croisés et complémentaires, qui contribuent à la richesse de l'évaluation pour obtenir une compréhension globale des situations étudiées. Ces coopérations ressortent très souvent de conventions, plus d'une dizaine par département, avec des organismes ou des institutions extérieures.
Afin de répondre de la manière la plus adaptée possible aux besoins des personnes qui adressent leur demande à la MDPH, beaucoup ont cherché à organiser la réponse au flux des demandes en mettant en place une organisation à plusieurs niveaux, tout en évitant d'employer l'expression « tri des dossiers » [6].
Des équipes pluridisciplinaires de deuxième niveau étudient les demandes plus complexes, en s'appuyant sur les avis d'acteurs extérieurs les plus appropriés.
Ces équipes restent souvent encore spécialisées dans les adultes ou les enfants, dans la mesure où les membres nécessaires varient en fonction des publics.
Certains départements organisent des réunions spécifiques d'équipe pluridisciplinaire, pour traiter les recours gracieux, en réunissant au moins les médecins concernés et le coordonnateur.
Donner de la cohérence aux propositions des équipes pluridisciplinaires, quand elles sont réparties sur le territoire départemental, doit pouvoir garantir l'équité de traitement. Ce travail est réalisé au niveau local, comme au plan national, en diffusant la pratique d'outils communs, comme le GEVA, en analysant les propositions que font les équipes et en organisant des échanges de pratiques sur les dossiers de prestations de compensation.
Les échanges qui ont lieu autour de l'utilisation du GEVA, avec l'intervention des experts de la CNSA, sont cités comme l'occasion de s'interroger mutuellement sur l'appréciation des difficultés de la personne, ses altérations de fonctions et ses limitations d'activité.

La CDAPH

Des difficultés de positionnement des membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées par rapport aux équipes d'évaluation ont parfois créé des tensions justifiant la demande d'intervention de la CNSA (un médecin et un juriste).

a) Le plan personnalisé de compensation
Parmi les progrès issus de la loi, le plan personnalisé de compensation (PPC), fondé sur le projet de vie et sur les données de l'évaluation des besoins, constitue un document quasi contractuel, allant dans le sens de la dignité reconnue de la personne. Même si ce thème n'est que rapidement évoqué dans les rapports annuels, il est présent partout, comme étant constitutif du nouveau service à rendre à la personne handicapée [7].
Certaines maisons départementales essaient de généraliser cette « procédure contradictoire ».
C'est bien évidemment une pratique positive pour les personnes, qui ont ainsi l'opportunité de faire connaître leur position sur les propositions de l'équipe pluridisciplinaire.

Part des plans personnalisés de compensation dans le total des demandes examinées en 2008
Échantillon : 53 MDPH



(6) Des départements mentionnent l'organisation des équipes dans un souci de polyvalence et de proximité ; par exemple, l'Indre et Loire, qui souhaite organiser le travail des médecins par secteur géographique et non plus par type de prestations, et qui met en place des outils communs de formalisation des écrits, avec des fiches de synthèse communes à tous les professionnels ; en notant au passage que les échanges de pratiques, intéressantes entre MDPH, sont également utiles à l'intérieur d'une même maison départementale…
(7) Le département des Hautes Alpes mentionne le PPC sous la rubrique « progrès de simplification », avec le lieu institutionnel unique et le dossier unique.

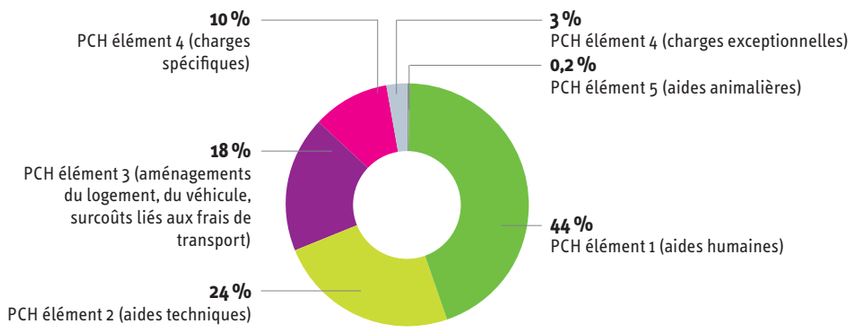
La très grande majorité des maisons départementales propose un PPC à moins d'une personne sur trois. Environ 10 % des personnes handicapées qui déposent une demande bénéficient d'un plan personnalisé.

b) Les décisions de la CDAPH
Malgré la lourdeur du dispositif institutionnel, ces décisions sont prises pour les deux tiers en commission plénière, sans que l'on puisse dire combien sont réellement prises avec l'examen explicite du dossier ou globalement prises sur listes (la grande majorité).
Le taux moyen de demandes déposées varie de 21 à 64 pour 1 000 habitants selon les départements (sans que les raisons de ces écarts puissent encore être expliquées) ; il est en moyenne de 19 demandes chez les enfants et de 54 demandes pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.
La part des demandes pour les situations d'enfants tend à augmenter en valeur relative, variant de 10 à 40 % du total des demandes départementales.
Les délais de traitement des demandes sont de 4,2 mois en moyenne pour les dossiers d'adultes et de 2,3 mois pour ceux des enfants. Mais 15 % des MDPH ont encore des délais moyens de 6 mois.

La répartition par type de demandes reste stable ; on remarquera que la prestation de compensation, qui occupe à titre principal l'équipe pluridisciplinaire, ne représente que 6 % des demandes auprès des MDPH. Les situations relatives à l'insertion professionnelle concernent près de la moitié des demandes des personnes adultes (47 %) si, par anticipation de la réforme du 1er janvier 2009, on y inclut les demandes d'AAH.
S'agissant des situations d'enfants, plus des deux tiers des demandes concernent des orientations (37 %) et des demandes d'AEEH (31 %). On notera que les dossiers relatifs aux auxiliaires de vie scolaires représentent à eux seuls plus de 10 % des demandes pour les enfants à la MDPH.

S'agissant des éléments de la prestation de compensation, les données de 2008 font apparaître une évolution de la part des aides techniques, qui représentent 24 % (au lieu de 22 % en 2007), alors que les aides humaines représentent 44 % seulement (au lieu de 47 % en 2007).

Répartition 2008 des éléments de la PCH [8] accordés en volume
Échantillon : 62 MDPH



Pour améliorer l'efficience de la commission, il conviendra, au-delà de l'échange de bonnes pratiques sur son fonctionnement, de se poser la question du réexamen des textes réglementaires de la CDAPH : rendre les commissions spécialisées décisionnaires, tout en limitant le nombre des membres de la CDAPH, une décision collective pouvant être garantie sans la présence de vingt-trois personnes en commission.

Le contentieux, la conciliation, les recours et la médiation
La conciliation et la médiation sont des services nouveaux proposés aux personnes handicapées qui se mettent encore en place dans les MDPH. Un conciliateur existe aujourd'hui dans 84 % des MDPH (sans que l'on puisse dire son niveau d'activité). Un correspondant du Médiateur de la République est, par ailleurs, proposé dans près de deux départements sur trois.

(8) Répartition calculée sur le champ des prestations de compensation accordées aux adultes.

Le nombre de recours contentieux reste encore assez faible, en moyenne 2 % des décisions prises, un quart des MDPH ayant un taux inférieur à 1 %. Parmi ces dossiers de contentieux, les deux tiers sont des recours gracieux. On peut d'abord indiquer que beaucoup de départements ont eu le souci d'organiser ce que l'on peut appeler une prévention des recours ; sans doute y ont-ils été sensibles du fait d'avoir eu à mettre en place la conciliation prévue par la loi (art. L. 146-10 CASF) : *« l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation »*.

Le suivi des situations personnelles
Cette mission n'est pas encore un élément donnant lieu à des données statistiques ; mais on peut se féliciter que les rapports annuels évoquent davantage cette mission [9] considérée, elle aussi, comme essentielle dans les MDPH et constitutive demain du succès de la réforme du dispositif en direction des personnes handicapées et de leur famille.
Cette question du suivi de la personne handicapée dans la durée avait peu été évoquée lors des débats sur la loi, et traitée *a minima* dans le décret sur les attributions de la MDPH alors même qu'elle constitue, au-delà du traitement rigoureux de la demande, un enjeu déterminant pour l'avenir.

Car si l'ancien système a failli, c'est autant à cause du manque de suivi des situations des personnes que de l'état du fonctionnement proprement dit des COTOREP ou de la qualité de leurs décisions. Au mieux, les situations étaient revues à l'échéance du dossier, au pire, lorsque un événement difficile, voire catastrophique, survenait et que la nouvelle situation devait alors être traitée dans l'urgence, souvent avec des réponses qui ne pouvaient être pertinentes.

LA MDPH A UNE FONCTION D'OBSERVATION DES BESOINS

Dans les fonctions qui semblent émerger de plus en plus, on notera celle de l'observation. Même si elle n'implique pas nécessairement la création d'un observatoire spécifique, la contribution de la MDPH est attendue pour l'étude permanente des besoins collectifs [10]. On évoque aussi la participation de la maison départementale à l'élaboration des schémas médico-sociaux [11].
Parmi les thèmes traités sur le fonctionnement des MDPH, on peut également citer la dématérialisation des dossiers et le traitement des archives, chantiers entrepris par quelques départements [12] ; certains s'y étant engagés ont abandonné, à cause du coût et de la charge de travail en interne.

Deux domaines méritent d'être développés

La scolarisation
Une activité particulièrement saisonnière mais mieux maîtrisée
Les décisions relatives à la scolarisation des enfants handicapés sont soumises à des contraintes particulières de calendrier, puisque la MDPH *« doit avoir traité pour la date de la rentrée scolaire des dossiers qui sont reçus pour traitement jusqu'au mois de juillet »*.
Après une rentrée 2007 qui s'est parfois passée dans des conditions difficiles, plusieurs MDPH ont mis en place en 2008, en coordination avec l'inspection d'académie, différentes mesures qui tendent à atténuer la saisonnalité des demandes et/ou à dégager des moyens supplémentaires pour y faire face :
- coordination avec l'Éducation nationale pour permettre le dépôt d'une majorité de dossiers avant le mois d'avril ;
- travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et l'Éducation nationale portant sur le rôle des référents dans la complétude du dossier et l'harmonisation des pièces à joindre en fonction des demandes ;
- adaptation de la durée des décisions, prises pour plus d'un an chaque fois que possible ;
- décalage des dates de fin de droit chaque fois que le projet de l'enfant le permet ;
- renforcement ponctuel des moyens entre mai et septembre.

(9) C'est le cas, par exemple, des Alpes de Haute Provence, qui ont créé trois postes de travailleurs sociaux lesquels, au-delà de leurs missions d'évaluation, doivent veiller à ce que l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille soit effectivement assuré, conformément au plan personnalisé de compensation.
(10) La Loire Atlantique *« met en place des tableaux de bord pérennes, notamment en matière d'orientation, dans une démarche de connaissance des besoins »* ; la Marne se propose de construire des outils complémentaires de recueil de données qualitatives et d'analyse des besoins.
(11) Le département des Landes mentionne ainsi, dans le chapitre de son rapport d'activité « amélioration de la qualité et de la continuité du service rendu », l'accompagnement des créations et extensions d'établissement et de services pour personnes handicapées, en citant quatre opérations d'équipement programmées.
(12) C'est le cas, entre autres, de la Côte d'Or et du Loiret.

Des besoins en forte augmentation
Ces adaptations et ces renforts de moyens, auxquels l'Éducation nationale contribue, sont rendus d'autant plus nécessaires que *« le nombre de projets de scolarisation vers le milieu ordinaire a explosé au cours de ces dernières années »*.
Les augmentations sont souvent de 20 à 30 % par an, elles atteignent parfois 100 à 200 %.
Les MDPH sont nombreuses à pointer ce phénomène qui concerne toutes les *« demandes en lien direct avec la mise en œuvre des plans personnalisés de scolarisation : orientation en CLIS, auxiliaires de vie scolaire, matériel pédagogique et avis de transports scolaires »*. Plusieurs consacrent des développements importants à la multiplication du recours aux AVS.

De plus en plus d'auxiliaires de vie scolaires
Les rapports d'activité des MDPH portent assez rarement un regard critique sur le développement du recours à telle ou telle prestation. On doit donc attacher une attention particulière au sentiment mitigé exprimé par plusieurs rapports d'activité face au recours croissant aux AVS.

Il s'agit d'abord de comprendre le phénomène : *« Cette augmentation spectaculaire est le reflet des progrès considérables qui ont été accomplis pour la scolarisation des enfants handicapés »*.

Elle répond aussi à une demande croissante des familles, qui y sont incitées :
- par les médias, qui décrivent la scolarité des élèves handicapés avec accompagnement d'un AVS-I ou décrivent souvent négativement l'obligation faite à certains de fréquenter des établissements médico-sociaux ;
- par la communication ministérielle ;
- par l'équipe éducative, *« qui accepte d'autant mieux l'effort de scolarisation d'enfants handicapés qu'ils sont accompagnés »* ;
- mais aussi par certains services sanitaires et médico-sociaux, *« qui perçoivent comme positif ce prolongement de leur travail thérapeutique et éducatif et sont quelquefois promoteurs de la demande »*.

Cette question du rôle de l'AVS est au cœur des débats internes au système scolaire. Pour éviter que les AVS soient considérées comme un simple dispositif de soutien scolaire supplémentaire, de nombreuses MDPH ont été amenées à mettre en place ou à revoir les critères d'attribution de temps d'auxiliaire de vie scolaire, un travail mené en coordination avec les services de l'Éducation nationale.

Une coordination étroite avec l'Éducation nationale
Un grand nombre de rapports soulignent la nécessité et l'importance de la coordination avec l'inspection d'académie, rappellent le rôle des enseignants référents, qui sont *« les garants de la continuité du parcours de l'élève par la permanence de leurs relations avec les familles, les partenaires du champ social, sanitaire et médico-social »* et qui ainsi favorisent *« la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation »*.

Pour faciliter cette coordination, certaines MDPH ont mis en place un *« référent scolarité »* dont les missions sont distinctes de celles de l'enseignant référent. La CNSA se propose de les réunir afin d'examiner la diversité de leurs fonctions.
Cette coordination s'étend au-delà de l'Éducation nationale *stricto sensu*, puisque les MDPH sont chaque année plus nombreuses à faire état des relations mises en place et des conventions passées avec la ou les universités de leur département.

L'insertion professionnelle
L'année 2008 aura été, pour reprendre l'expression d'une MDPH, celle de *« l'ancrage de la mission insertion professionnelle »*, un ancrage résolument partenarial.

Les bases sont posées
L'analyse des rapports de 2008 détaille et confirme les grandes lignes de l'organisation des MDPH en matière d'insertion professionnelle que 2007 avait permis de dégager.
Ce domaine est un élément structurant de l'organisation des maisons, qui ont dans leur très grande majorité mis en place des équipes d'évaluation dédiées à l'insertion professionnelle et, dans une moindre mesure, des réunions dédiées de la CDAPH. Les MDPH sont désormais toutes dotées d'un référent pour l'insertion professionnelle, voire de plusieurs, selon leur taille ou leur choix d'organisation.

L'existence du référent pour l'insertion professionnelle et sa présence dans chaque MDPH sont prévues par la loi du 11 février 2005 (article L 146-3 du CASF). Son rôle est principalement défini par l'article R146-30 du CASF : *« Le référent pour l'insertion professionnelle est chargé des relations de la maison départementale avec le DDTEFP pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées »*.

Suite à des premiers travaux sur la fiche de poste du référent entre la DGEFP et la CNSA, une circulaire DGEFP du 15 janvier 2007 en précise les missions.

L'appropriation de cette fiche de poste par les MDPH, à laquelle se sont ajoutées plusieurs attributions effectivement remplies par de nombreux référents pour l'insertion professionnelle, non prévues par la circulaire, en matière d'accueil et d'évaluation des bénéficiaires, permet de décrire leur rôle suivant quatre grandes familles d'attributions de poids décroissant :
- la relation avec le service public de l'emploi ;
- l'information des bénéficiaires ;
- l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement individuel des bénéficiaires ;
- le suivi des données.

Le référent pour l'insertion professionnelle joue un rôle pivot, même si l'insertion professionnelle est un sujet partagé par toute l'équipe de la MDPH, depuis les agents d'accueil jusqu'aux membres de la CDAPH, en passant par les équipes d'instruction et d'évaluation.

Un réseau en construction
Dans sa mission d'animation du réseau des MDPH, la CNSA s'adresse également aux référents pour l'insertion professionnelle, soit pour les inviter à certains groupes de travail, soit pour les réunir au cours de rencontres nationales. C'est ce qu'elle fait déjà pour les directeurs depuis la création des MDPH et, depuis 2008, avec les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire dont l'existence est aussi prévue explicitement par la loi du 11 février 2005.

La première rencontre nationale des référents pour l'insertion professionnelle s'est tenue à Orléans en novembre 2009.

Les MDPH multiplient les partenariats
Les rapports d'activité 2007 avaient déjà montré le caractère nécessairement partenarial de l'action des MDPH en matière d'insertion professionnelle : de l'information des bénéficiaires jusqu'au suivi des décisions, en passant par les évaluations, l'action efficace des MDPH nécessite une implication forte des partenaires, notamment des équipes de Pôle Emploi et des Cap Emploi.

Ce qui ne va pas toujours sans mal, comme l'indique une MDPH pour laquelle *« le dispositif d'orientation professionnelle est complexe : un travail de clarification des rôles respectifs de chacun des acteurs devra être mené en lien avec le service public de l'emploi sur 2009 »*.
Un besoin également identifié par les MDPH inscrites dans l'expérimentation RECORD, qui a parfois apporté un début de réponse au *« manque de connaissance et de coordination des différents partenaires et (à) la nécessité de consolider le réseau des professionnels »*. Cette expérimentation a permis aux acteurs qui contribuent à l'évaluation de l'employabilité des personnes de se rencontrer et d'apprendre à travailler ensemble.

Pour autant, nombreuses sont les MDPH qui mettent en avant ce partenariat, un partenariat qui s'étend d'ailleurs au-delà du « noyau dur » des relations conventionnelles prescrites par la réglementation. Services sociaux des conseils généraux, missions locales, ESAT, associations, entreprises sont également des interlocuteurs réguliers ou des partenaires plus ponctuels des MDPH.
Plusieurs MDPH annoncent d'ailleurs leur volonté de poursuivre, voire de renforcer ces partenariats, dans un contexte de réforme qui les rend d'autant plus nécessaires.

La réforme de l'AAH en perspective
Certaines MDPH constatent dès 2008 un accroissement important des demandes liées à l'insertion professionnelle : *« L'augmentation régulière de premières demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peut être liée à l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs en situation de handicap et à l'accroissement important du montant des sanctions, si ce pourcentage n'est pas atteint »*.

Beaucoup s'attendent en 2009 à un impact de la réforme de l'AAH sur leur activité. *« Ces évolutions réglementaires nécessiteront des évaluations de plus en plus importantes tant en nombre qu'en qualité. »*

La mobilisation du service public de l'emploi et de l'ensemble des acteurs de l'insertion professionnelle est très souvent posée…

La mesure de la satisfaction des usagers de la MDPH, un dispositif qui se généralise

Ce dispositif propose aux départements de mesurer de manière continue la satisfaction des usagers de leur MDPH.
Les nouvelles conventions déjà signées pour la période 2009-2012 montrent que les départements ont, dans leur très grande majorité, accepté que les résultats nationaux issus de ce questionnaire soient communiqués de manière anonymisée, tant aux associations qu'aux autres départements.

Pour accompagner ce déploiement, la CNSA a engagé des travaux avec des MDPH et des associations pour promouvoir le dispositif actuel par :
- la création d'une adresse web : http://satisfactionmdph.fr permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne ;
- la publication d'un prospectus, diffusé à 100 000 exemplaires auprès des MDPH et des associations, pour faire connaître cette adresse mail ;

et le faire évoluer par :
- la simplification du questionnaire, tant dans sa forme qu'au niveau des questions ou réponses proposées ;
- le développement d'une interface web plus attractive et accessible ;
- l'évolution des restitutions graphiques pour tenir compte des évolutions du questionnaire ;
- le renouvellement, pour les trois années à venir, du marché public passé avec un prestataire pour assurer le traitement des réponses, gratuit pour les maisons départementales.

L'ANIMATION DU RÉSEAU PAR LA CNSA

Les rapports annuels témoignent de l'importance des relations nouées, depuis quatre ans, entre les MDPH et la CNSA. Ces relations sont maintenant devenues régulières, mais leurs modalités ont à se renouveler en permanence, avec un souci d'écoute du terrain [13].

On peut d'ailleurs noter que si les déplacements des différents experts de la CNSA avaient été organisés de leur propre initiative de 2005 à 2007, ce sont aujourd'hui les départements eux-mêmes qui font appel aux services de la CNSA.
Les formes que prennent ces relations permanentes sont multiples :
- *« Infos réseau MDPH »*, publié tous les quinze jours, depuis avril 2006 ; les *« jeudis pratiques de la compensation »*, véritables « travaux pratiques » entre une quinzaine de MDPH ; les visites départementales, participation à des colloques ou forums locaux… ;
- de très nombreux groupes de travail techniques à Paris ; des expérimentations auxquelles les MDPH sont nombreuses à participer : travaux avec les équipes spécialisées du handicap psychique RECORD, Service appui projet, comparaison de l'AEEH et de la PCH enfants… ;
- les travaux d'échange s'étendent à divers professionnels de la MDPH : les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires et les référents pour l'insertion professionnelle ;
- les journées *« Rencontres pour une culture partagée »* ;
- les propositions d'actions de formation par l'intervention de formateurs-relais ;
- l'édition d'un document de quatre pages *« Les maisons départementales des personnes handicapées, d'un département à l'autre »*.

(13) Un questionnaire d'enquête de satisfaction auprès des directeurs de MDPH a été réalisé fin 2007, dont les résultats ont été communiqués en janvier 2008 ; il sera renouvelé deux ans plus tard, en décembre 2009.

Au printemps dernier, les rencontres bilatérales, organisées avec l'ensemble des départements pour la discussion de la nouvelle convention 2009-2012, ont été l'occasion d'échanges très fructueux. Ces échanges, autant que le contenu de ces conventions, sont significatifs des rapports de qualité et de confiance qui sont développés depuis quatre ans entre le niveau national et les collectivités territoriales auxquelles de nouvelles attributions ont été confiées, dans un schéma original par rapport au modèle de départ de la décentralisation.

EN CONCLUSION

Demeure-t-il des zones grises dans ce nouveau dispositif ?
Celles qui risquent de faire dire que la loi nouvelle n'est pas complètement appliquée et que l'esprit qu'elle a voulu faire souffler n'a pas encore atteint toutes les procédures, ni l'ensemble des pratiques ou des comportements individuels et collectifs ?

Parmi les points qui méritent encore une certaine vigilance :
- l'instabilité des agents et des financements des dépenses de fonctionnement, comme un frein à l'élaboration d'une vraie professionnalisation des équipes et d'une culture commune ;
- les délais de traitement, encore trop importants, face à une pression toujours croissante des demandes ;
- la dimension des équipes pluridisciplinaires et l'utilisation d'outils communs d'évaluation (notamment le GEVA) encore insuffisants ;
- l'existence encore marginale de vrais plans personnalisés de compensation ;
- les liaisons et la collaboration avec les services de droit commun, et la coordination insuffisamment calée entre les acteurs locaux, notamment dans le cadre des évolutions réglementaires (AAH, PCH enfants) ;
- le peu de données disponibles sur la mise en œuvre des décisions et le suivi des situations dans le temps ;
- la mise en place des outils informatiques, qui n'est achevée ni au niveau local ni pour les remontées nationales du système d'information partagé.

Des interrogations institutionnelles sont par ailleurs posées, dont l'évolution du statut des MDPH, avec l'éventualité d'une suppression du GIP, afin de régler de manière stable la situation des agents de l'État. Les autres réformes institutionnelles, l'arrivée des agences régionales de santé, la création d'un « 5e risque » de protection sociale, avec la convergence des politiques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, sont aussi souvent évoquées dans les rapports.
Les problèmes financiers sont soulignés dans la majorité des rapports, qu'il s'agisse des crédits de fonctionnement de la MDPH, de la montée en charge de la PCH ou de l'avenir du fonds départemental de compensation.

Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action en 2009

Au 31 décembre 2009

1 – Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Porteur et titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	MDPH 47 – Observatoire du handicap.	Projet informatique de gestion des dossiers individuels visant à fournir des données pour mieux connaître les besoins des personnes handicapées dans le département.	18
PA/PH	CREAI NPC – Accueil temporaire : changement et adaptation des pratiques professionnelles.	Étude-action visant à définir un référentiel de pratiques pour les professionnels de l'accueil temporaire.	27
PH	CRESGE – Précarité : émergence de situations de handicap durant l'enfance et choix de la filière de prise en charge : le cas des enfants atteints de handicap psychique et intellectuel.	Étude sur les liens entre la précarité sociale et l'émergence de situations de handicap et sur le choix de la filière de prise en charge dans le domaine de la déficience intellectuelle et psychique.	20
PH	ANCRA/ANCREAI – Description de l'accueil en établissements et services des personnes avec TED dans trois régions.	Étude des pratiques éducatives, thérapeutiques et pédagogiques des établissements et services médico-sociaux pour enfants avec troubles envahissants du développement.	40
PA	EHESP – Trajectoires de maladie de patients diagnostiqués Alzheimer ou troubles apparentés.	Enquête pluridisciplinaire sur les trajectoires des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.	90
PA	ADERA – AGGIR dans Paquid.	Étude épidémiologique de l'évolution de la dépendance auprès des personnes âgées, évaluée selon plusieurs échelles dont AGGIR.	50

2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Porteur et titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	CEDIAS – Logiciel GEVA Bêta 1.	Projet d'informatisation du GEVA.	22
PH	Interparcours handicap 13 – Aide à la formulation du projet de vie.	Expérimentation d'une formule d'aide à la formulation du projet de vie par les associations en lien avec la maison départementale des personnes handicapées.	167
PA	Centre d'éthique clinique Cochin AP-HP – Directives anticipées chez les personnes âgées de 75 ans et plus : que savent-elles et pensent-elles du concept, de sa pertinence et de son utilité ?	Étude sur la connaissance et le recours aux directives anticipées des personnes de plus de 75 ans à l'hôpital et en établissements et services médico-sociaux.	30
PH	CRP Consulting – Étude sur les besoins de compensation des jeunes handicapés.	Étude réalisée à la demande de la CNSA sur les caractéristiques de l'AEEH et de la PCH enfant, sur les besoins couverts et sur les caractéristiques des populations concernées.	134
PH	OPTIM ressources – Assistance à la réalisation de projets pour l'amélioration des processus d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap en vue de faciliter leur parcours d'insertion professionnelle.	Assistance à la réalisation de projets pour l'amélioration des processus d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap en vue de faciliter leur parcours d'insertion professionnelle, dans le cadre du projet RECORD.	37

3 – Aides techniques

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	ALCIMED – Étude européenne sur les aides techniques.	Étude comparative européenne, commanditée par la CNSA dans le cadre des travaux de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques, conduite dans cinq pays européens dans le champ des aides à la communication pour personnes déficientes visuelles, des fauteuils roulants et des appareils auditifs.	172
PA/PH	ANR – Appel à projets TECSAN 2008.	**Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets technologies pour la santé et l'autonomie 2008** 1. MIRAS/robot avec interaction multimodale pour l'assistance à la déambulation/Robert MILLET. 2. NAVIG/navigation assistée par vision embarquée et GNSS, un dispositif de suppléance pour les malvoyants et les non-voyants/Christophe JOUFFRAIS. 3. PALLIACOM/communicateur multimodal pour la palliation et l'augmentation alphabétique et logographique de la communication écrite et orale/Maryvonne ABRAHAM.	1 038
PH	FENCICAT – Plates-formes régionales d'information et conseil sur les aides techniques.	Expérimentation de la mutualisation des moyens des CICAT *via* des plates-formes régionales dans quatre régions ou interrégions.	250
PA/PH	ANR – Appel à projets TECSAN 2009.	**Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets technologies pour la santé et l'autonomie 2009** 1. HOMECARE/projet applicatif de surveillance *indoor* de patients atteints de la maladie d'Alzheimer/Daniel ESTÈVE. 2. Robadom/impact d'un robot majordome à domicile sur l'état psychoaffectif et cognitif de personnes âgées ayant des troubles cognitifs légers/Anne-Sophie RIGAUD.	1 038
PA/PH	ANR – Appel à projets européen AAL 2009.	**Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets du programme européen « Ambient assisted living », financé par la CNSA et l'Agence nationale de la recherche** – *HOPES/help and social interaction for elderly on a multimedia platform with e-social best practices/SCHOEN, KRIVITZKY, RICARD, KRZENTOWSKI.* – *FoSIBLE/fostering social interactions for a better life of the elderly/LEWKOWICZ, DEJARDIN.* – *Senior Channel/an interactive digital television channel for promoting entertainment and social interaction amongst elderly people/TESORIERE, ROST.* – *Paelife/personal assistant to enhance the social life for the seniors/ABRANTES, HEWSON.* – *ALIAS/adaptable ambiant living assistant/TRONCY.*	1 038
PA/PH	MBA Consulting – Accompagnement d'une expérimentation des centres d'expertise sur les aides techniques.	Prestation d'appui au lancement et la conduite de l'appel à candidatures visant à sélectionner cinq « centres d'expertise nationaux » sur les aides techniques.	78

4 – Aidants professionnels et informels

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA	FORMADEP – Conditions de réussite d'un processus de formation conduisant à l'amélioration des pratiques soignantes en EHPAD.	Étude-action de comparaison des effets de trois types de formations de professionnels sur les pratiques en EHPAD et de leur impact sur les résidents.	123
PH	I = MC² – Conception d'une formation qualifiante aux pratiques professionnelles d'accompagnement des personnes handicapées.	Élaboration d'une maquette de formation pour les professionnels du secteur du handicap.	420
PA	Geronto-clef – Étude sur les accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	Étude sur les freins et facteurs de réussite du développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ; étude commandée par la CNSA dans le cadre du plan Alzheimer.	12

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

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	ANEGEM – Réalisation de l'outil d'auto-évaluation des groupes d'entraide mutuelle.	Élaboration d'une méthodologie permettant aux GEM de se positionner, d'évaluer leur mode de fonctionnement et d'identifier des pistes d'amélioration de leur activité.	413
PH	CIDJ – Aide à l'accompagnement des jeunes handicapés.	Projet visant à identifier l'accessibilité pour les jeunes handicapés des établissements d'enseignement supérieur.	5
PH	ADHMI – Aide diversifiée en faveur des femmes aveugles ou gravement handicapées visuelles dans leur accession à la maternité.	Expérimentation d'une aide spécifique pour femmes aveugles ou gravement handicapées dans leur accession à la maternité à l'Institut de puériculture de Paris.	125
PA	Expérimentation de plates-formes d'accompagnement et de répit pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	**12 projets retenus à la suite de l'appel à projets lancé pour expérimenter des plates-formes de répit, dans le cadre de la mesure 1 du plan Alzheimer** – Association A3 – Bouches du Rhône. – FEDOSAD – Côte d'Or. – Association Bistrot mémoire – Ille et Vilaine. – Ville de Nantes– Loire Atlantique. – APAPAD – Nord. – UNA Pays du Perche – Orne. – Association Le Grand Platane – Pyrénées Orientales. – Résidence départementale d'accueil et de soins de Mâcon – Saône et Loire. – Association France Alzheimer – Savoie. – Association Notre Dame du Bon secours – Paris. – Association gérontologique de Gâtine – Deux Sèvres. – Hôpital privé gériatrique les Magnolias – Essonne.	1 072

6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	Prix architecture (partenaires : FHF, Fondation Médéric Alzheimer).	**Prix de la meilleure réalisation architecturale médico-sociale** – 1er prix : EHPAD Roger Ivars du Centre hospitalier du Chinonais à Chinon (Indre et Loire). – 2e prix : Centre hospitalier de Vitré, la résidence « Les jardins du val » (Ille et Vilaine). **Concours d'idées à destination des étudiants en architecture** – 1er prix : *Une cité jardin verticale*, par Mathieu Chognard, étudiant à l'école nationale supérieure d'architecture de Grenoble. – Mention spéciale : *Vie citadine au cœur d'un verger*, par Mélanie Belot, étudiante à l'école d'architecture Paris Val de Seine.	24

7 – Mesures de l'efficience et de la performance

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PH	AFM – Diagnostic organisationnel et fonctionnel de la prise en charge des soins.	Étude visant à définir une méthodologie pour établir le coût de prise en charge dans un établissement pour personnes lourdement handicapées.	22
PH	ANCRA – Amélioration continue des centres ressources autisme.	Projet de développement d'outils d'auto-évaluation des centres ressources autisme.	141
PH	CREAI Rhône Alpes – Étude qualitative sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).	Étude sur les pratiques d'accueil et de prise en charge dans les CAMSP.	230

8 – Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	CG Cantal – Maison de l'autonomie (MDA) du Cantal.	Expérimentation du rapprochement des équipes personnes âgées du conseil général et des équipes de la MDPH.	176
PA/PH	ODAS – Étude sur les politiques d'accueil et d'information et de préorientation des personnes âgées ou handicapées.	Étude visant à mieux connaître les organisations mises en place par les collectivités locales pour garantir l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées.	100
PA	ANTARES consulting – Accompagnement de la mise en place de l'expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).	Prestation d'accompagnement à l'expérimentation des MAIA pour l'aide à la définition d'outils de suivi et de remontées de données.	73
PA	Expérimentation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).	**17 projets ont été retenus dans le cadre de la mesure 4 du plan Alzheimer** – Le projet porté par l'association d'action gérontologique du bassin burgien (01). – Le projet porté par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Gers (32). – Le projet porté par l'association EOLLIS (59). – Le projet porté par le Clic (centre de liaison, d'information et de coordination) de Montreuil et soutenu par le réseau Méotis (62). – Le projet porté par le Conseil général du Haut Rhin, couvrant les territoires de Mulhouse et Illzach (68). – Le projet porté par le CIDPA (centre d'information départemental personnes âgées) de la Sarthe (72). – Le projet porté par le GCSMS (Groupement de coopération sanitaire et médicosociale) dans le 20e arrondissement de Paris (75). – Le projet porté par le réseau gérontologique qui intervient dans les communes d'Alfortville, Bonneuil sur Marne, Créteil, Joinville le Pont, Saint Maur des Fossés (94). – Le projet porté par l'association Institut de la maladie d'Alzheimer de Marseille (13). – Le projet porté par le Conseil général du Cher (18). – Le projet présenté par le Réseau de santé Alzheimer du canton de Saint Pol de Léon (29). – Le projet présenté par le Clic de la Communauté Urbaine de Bordeaux (33). – Le projet porté par le Conseil général de l'Isère (38), pour l'implication des professionnels libéraux. – Le projet porté par le Conseil général de Haute Loire (43). – Le projet porté par le Conseil général de Meurthe et Moselle (54). – Le projet porté par le Clic de l'agglomération Clermontoise (63). – Le projet porté le département du Val d'Oise (95), associant Mondial Assistance et le projet porté par le réseau gérontologique de Survilliers.	7 696

9 – Actions de prévention

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA	Appel à projets régional du programme *Bien vieillir.*	116 projets retenus en régions.	2 500

10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques

Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	Titre du projet	Description du projet	Budget (k€)
PA/PH	Réseau IDEAL – Organisation des deuxièmes ateliers nationaux de la solidarité.	Contribution à la réalisation des deuxièmes ateliers nationaux de la solidarité, regroupant les principaux acteurs des collectivités locales ainsi que les professionnels du secteur social et médico-social.	15
PA	Citoyennâge – 12e colloque Citoyennâge.	Modélisation de la démarche Citoyennâge *via* la définition d'une boîte à outils pour favoriser une meilleure participation à la citoyenneté des personnes âgées en EHPAD.	30
PA	GMP – 19e congrès mondial de gérontologie et de gériatrie (IAGG).	Soutien à l'organisation du colloque mondial de l'association internationale de gériatrie et gérontologie.	100
PH	ADAPEI Finistère – Colloque « projet de vie ».	Contribution à la réalisation d'un colloque regroupant usagers, parents et professionnels autour de la problématique du projet de vie.	4
PA	FNG – Colloque « territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses ».	Soutien à l'organisation d'un colloque autour de la définition du territoire gérontologique *via* une approche pluridisciplinaire.	17
PA/PH	UTT – Congrès de la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie.	Congrès regroupant des acteurs de différentes disciplines autour des nouvelles technologies pour l'autonomie.	5

10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance et fonctions scientifiques (suite)			
Personnes âgées (PA)/ Personnes handicapées (PH)	**Titre du projet**	**Description du projet**	**Budget (k€)**
PH	DREES – Études méthodologiques sur les volets ménages et aidants de l'enquête Handicap-Santé.	**Appel à projets de recherche visant à consolider la méthodologie de l'enquête Handicap-Santé de la DREES.** **Les projets retenus** – Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels/WEBER. – L'utilisation des méthodes d'évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale ? PARAPONARIS. – Approche qualitative du recueil des données de santé mentale dans l'enquête HSM/ROUSSEL. – L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques dans l'enquête Handicap-Santé (usage et besoins, connaissance des dispositifs/RENAUT). – Étude sur le mode d'évaluation de l'aide humaine dans la relation de couple et dans la relation parent aidant-enfant aidé/BANENS.	**191**
PA/PH	DREES – Appel à projets de recherche : mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, « prise de parole » des usagers.	**Projets retenus** – Évaluation de la mise en œuvre des plans d'aide personnalisés de l'APA/MANTOVANI. – La parole des vieux ayant besoin d'aide : d'une gestion individuelle à une expression collective ? /ARGOUD. – Le handicap comme collectif en action/HENNION. – Évaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées vivant à domicile/ANKRI ; – Mesure de la qualité et qualité de la mesure : construction de points de vue sur l'aide à domicile/FERMON.	**197**
PA/PH	DREES – Appel à projets de recherche : l'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger.	**Projets retenus** – Comparaison des régimes de care et contexte en profonde mutation : le cas de l'aide au domicile des personnes fragiles en Allemagne, Belgique, Angleterre et Italie/NYSSENS. – Apprentissage et innovation dans les régimes locaux d'aide et soins à domicile des personnes âgées (Allemagne, Écosse, Suisse)/GIRAUD. – *Living independently at home ; reforms in organization and governance of european home care for elderly and disabled*/ROSTGAARD.	**500**
PA-PH	DREES Mire – Appel à projets permanent en matière de recherche dans le domaine de la perte d'autonomie.	**Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets permanent en 2009** – DELATTRE – Décrypter la différence : lecture archéo-anthropologique et historique de la place de la personne handicapée au sein des communautés du passé. – DELATTRE – Journée européenne des droits des personnes handicapées à l'Unesco. – AUCANTE – Réseau de formation à la recherche en sciences sociales du handicap. – CARADEC – Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles ; – CLAVERANNE – Les restructurations du secteur médico-social : une approche morphologique et longitudinale des marchés locaux du handicap en région Rhône Alpes. – VILLE – Parcours de réadaptation ; les dispositifs médicaux et sociaux et leur appropriation par les acteurs professionnels et usagers. – BOURDELAIS – Aux origines des aidants familiaux : les transformations de l'aide familiale aux personnes malades, handicapées et âgées dépendantes en France du milieu des années 1940 à la fin des années 1980. – PROUTEAU – Facteurs métacognitifs et handicap psychique dans la schizophrénie : une étude longitudinale. – CALVEZ – Les situations de grande dépendance motrice : une approche des représentations du corps et de ses frontières. – GRAMAIN – La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique. – ARNAUD – Déterminants environnementaux de la participation et de la qualité de vie d'adolescents en situation de handicap. – TAPIE – De la structure d'accueil au lieu de vie : de la technique à l'usage. – RUFFIE, FEREZ – Réseau de recherche et de développement sur les activités corporelles dans le secteur du handicap et de la perte d'autonomie : histoire sociale et sociologie des organisations en France continentale et aux Antilles françaises. – COURBOIS – Collaboration à la chaire « technologies de soutien à l'autodétermination » de l'Université du Québec, à Trois-Rivières. – RAPEGNO – Vivre en structure d'hébergement pour adultes handicapés et se construire une vie : la question des trajectoires résidentielles pour les adultes handicapés moteurs résidant en foyer de vie (prix de master). – EIDELIMAN – Spécialistes par obligation : des parents face au handicap mental. Théories diagnostiques et arrangements pratiques (prix de thèse). – FERNANDES – De la perception haptique à la production de dessins chez l'enfant voyant et déficient visuel (prix de thèse).	**494**
PH	Agence entreprise handicap – Colloque « Comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale ? La voie du handicap psychique ».	Soutien à un colloque sur la prise en compte du handicap psychique dans les entreprises, qui a notamment permis la valorisation des projets sur l'évaluation du handicap psychique soutenus par la CNSA.	**10**
PH	Fondation Garches – XXIIe entretiens de la Fondation Garches.	Soutien au congrès organisé en 2009 sur le thème de l'évaluation des méthodes de rééducation.	**18**
PA-PH	Journées interrégionales de l'ANESM.	Soutien à l'organisation des journées interrégionales en coopération avec l'ANESM, *via* un appel à projets, pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. **Dix projets d'interrégions ont été retenus :** – Centre. – Auvergne Limousin. – Nord Pas de Calais. – Grand Est. – Paca et Corse. – Rhône Alpes. – Aquitaine. – Bretagne. – Île de France. – Midi Pyrénées Languedoc Roussillon.	**94**
PH	Ptolémée SARL – colloque « handicap psychique ».	Prestation d'aide à l'organisation du colloque du 23 mars 2009 de restitution de l'étude sur l'évaluation du handicap psychique.	**203**