

**Programme pluriannuel de création de places en établissements et services  
pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie  
2008-2012**

## SOMMAIRE

### I. Présentation du programme

### II. Tableau prévisionnel de création de places en établissements et services et montants financiers correspondants

### III. Fiches actions :

- **Fiche 1** : Développer l'action précoce
- **Fiche 2** : Soutenir la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants
- **Fiche 3** : Accompagner les personnes handicapées vers l'emploi
- **Fiche 4** : Apporter des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et assurer une couverture plus équilibrée du territoire
- **Fiche 5** : Accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés
- **Fiche 6** : Apporter des réponses renforcées aux troubles du comportement des enfants et des adolescents, selon des modes diversifiés
- **Fiche 7** : Organiser nationalement l'accès à des compétences rares pour les prises en charge complexes et les handicaps rares, à faible prévalence
- **Fiche 8** : Accompagner la recomposition et la restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le secteur du handicap

### IV. Annexes

1. Les éléments du chiffrage du plan
2. Données chiffrées
3. Sources
4. Glossaire

## PRESENTATION DU PROGRAMME

### LA NÉCESSITÉ D'UN NOUVEAU PLAN

Le suivi de l'exécution des différents plans de création de places sur la période 1999-2006, mis en place par la DGAS et affiné par la CNSA, atteste du bon rythme global de réalisation des autorisations et installations de places nouvelles, avec des variations selon qu'il s'agit de services ou d'établissements, d'extensions ou de créations.

A la fin de l'année 2006, 12 000 places pour enfants étaient installées sur les 14 000 places autorisées et financées. Pour les adultes 12 000 places étaient également installées, dont plus de 9 500 places en établissement, sur 19 000 places autorisées et financées (cf. suivi de la réalisation de places nouvelles - 1999-2006 – CNSA - Juin 2007). L'écart entre le nombre de places autorisées et financées et le nombre de places installées fait l'objet d'un suivi détaillé repris depuis 2006 par la CNSA. Il permet de constater que les délais de mise en œuvre concernent principalement les établissements pour adultes lourdement handicapés qui additionnent délais d'obtention des financements et délais de construction, (soit 5 ans environ), et secondairement, le déploiement des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes, nouveau mode d'intervention médico-sociale qui doit être approprié par les gestionnaires locaux.

Le nouveau Plan doit s'accompagner d'une action pour réduire les délais de mise en œuvre du service rendu aux personnes : la mise en place des enveloppes anticipées de financement amorcée en 2006 et renforcée en 2007, et l'aide à l'investissement notamment pour les constructions de MAS sont les 2 voies de résolution des difficultés repérées.

Malgré cet effort pluriannuel, la nécessité d'un nouveau plan est incontestable :

1) Le nombre de personnes handicapés à accompagner ne diminue pas : l'état des connaissances épidémiologiques conduit à retenir l'hypothèse d'une prévalence stable du handicap à la naissance, les progrès de la prévention prénatale étant contrebalancés par l'augmentation du taux de prématurité. Ces données s'inscrivent de plus dans un scénario dynamique de la natalité, qui ne diminue pas la population enfantine à accompagner.

On constate également un allongement de la vie des enfants et adultes, y compris les plus lourdement handicapés. Les progrès dans le diagnostic et l'action précoce génèrent de nouveaux besoins d'accompagnement visant à garantir le développement du maximum d'autonomie à tous les âges.

2) Le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants, par défaut d'admission en établissements pour adultes au titre de l'amendement Creton, ne décroît pas (environ 5000 enfants – il s'agit d'une estimation en l'état du système d'information).

3) Bien qu'un travail sur leur fiabilité reste nécessaire, on ne peut que constater la persistance de listes d'attente importantes : entre 15000 et 17 000 enfants et entre 12 000 et 13 000 adultes sont concernés par cette situation.

La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 va également générer dans la continuité des soins psychiatriques des besoins d'accompagnement médico-sociaux nouveaux et diversifiés.

4) Face à ces besoins, les inégalités de ressources entre les territoires restent présentes, malgré l'effort amorcé de rééquilibrages inter régionaux et interdépartementaux, au bénéfice notamment de l'Île de France pour prévenir les orientations par défaut ou vers les établissements de Belgique.

Cette évolution des besoins des personnes en services collectifs se précisera au cours du Plan avec la montée en charge du nouveau système d'information des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

### **LE NOUVEAU CONTEXTE ISSU DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005, DANS LA CONTINUITÉ DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002**

L'évaluation personnalisée des besoins des personnes et l'élaboration de leur plan personnalisé de compensation par les MDPH, l'évolution de la solvabilisation de la compensation vont conduire à une demande différente et plus diversifiée à l'égard des services médico-sociaux et des établissements, pour les enfants comme pour les adultes.

La priorité donnée à la scolarisation des enfants en milieu ordinaire va avoir des effets sur l'adaptation des instituts médico-éducatifs (IME) qui devront se recentrer sur l'accueil des enfants les plus lourdement handicapés, comme sur la poursuite du développement des services d'éducation spécialisés et de soins à domicile (SESSAD) , dans une programmation dont il est attendu, au local, qu'elle soit concertée avec l'Education nationale.

La modulation des prises en charge et l'aide aux aidants, acteurs des plans d'aide, par la mise en place de solutions de répit ou d'accueil temporaire va permettre de garantir aux personnes handicapées et à leurs aidants le libre choix du mode d'accompagnement en fonction des parcours de vie et des projets individuels

L'incitation à la mutualisation des moyens et aux coopérations entre les acteurs de terrains (GCSMS, Réseaux, CPOM, Centres ressources...) répond à un souci d'efficience.

### **LA MÉTHODE D' APPRÉCIATION DES BESOINS DE FINANCEMENT À 5 ANS : UNE DÉMARCHE ASCENDANTE D'EXPRESSION DES BESOINS PRIORITAIRES** (CF ANNEXE-1)

Le programme de création de places en établissements et services pour l'accompagnement du handicap 2008-2012 a été élaboré à partir des programmations interdépartementales d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) établies par les préfets de région.

Elles ont été replacées dans une perspective nationale avec un éclairage prospectif en termes d'évolution démographique et au regard des objectifs affichés de la loi du 11 février 2005 en matière de compensation du handicap et de la perte d'autonomie.

Cette objectivation des besoins en établissements et services pour assurer un accompagnement adapté tout au long de la vie est une novation importante par rapport aux programmations antérieures.

L'analyse des PRIAC met en évidence **la persistance d'une demande plus soutenue que ce qui était jusqu'ici anticipé sur le secteur de l'enfance**, avec une priorité d'une part à l'intervention en milieu ordinaire et à la consolidation de l'action précoce, assurée par les CAMSP, d'autre part à la réponse aux troubles du comportement et aux troubles envahissants du développement.

S'agissant des adultes, **l'enjeu du vieillissement**, en raison de l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie des personnes handicapées, a une double incidence, en termes d'allongement des durées de prise en charge et en termes de besoin accru de soins lié au vieillissement.

L'objectif est donc à la fois de développer des accompagnements diversifiés en fonction du choix de vie des personnes pour offrir une réponse aux jeunes sortant des établissements pour enfants, aux personnes actuellement sans solution, ainsi qu'aux personnes handicapées vieillissantes.

## **LES OBJECTIFS DU PROGRAMME PLURIANNUEL 2008-2012**

### **L'action précoce**

La programmation se situe dans la continuité du Plan périnatalité 2005-2007 qui prévoyait de financer 66 nouveaux projets de CAMSP en complément des 33 projets prévus sur la période 2003-2005

L'objectif du plan périnatalité d'améliorer la couverture nationale pour le dépistage et l'action médico-sociale précoce, en dotant chaque département d'au moins un Centre d'Action médico-sociale précoce (CAMSP) a été atteint en 2007. On ne peut estimer cependant que le besoin soit suffisamment couvert partout, dans la mesure où la généralisation du dépistage dans la période prénatale ou périnatale induit une demande de prise en charge de plus en plus précoce.

Le programme pluriannuel, en consacrant 33M€, soit l'équivalent de 75 structures nouvelles, doit permettre de faciliter le recours aux CAMSP en assurant un maillage infra départemental de services, en articulation avec le secteur hospitalier et notamment les réseaux périnatalité, et les structures d'accueil petite enfance (cf. Décret n°2007-230 du 20 février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans)

### **Le soutien de l'autonomie et le soutien à l'intégration scolaire**

Aux 32 000 places existantes viendront s'ajouter 7250 places nouvelles de SESSAD, auxquelles s'ajouteront les places créées par la nécessaire adaptation des établissements au processus d'intégration scolaire. Une hypothèse de 5000 places de SESSAD créées par transformation de places d'IME peut être raisonnablement retenue.

Le financement de 12 900 places de services médicalisés (services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées – SAMSAH - ou services de soins infirmiers à domicile - SSIAD) devrait permettre le déploiement d'une offre encore insuffisante dans certaines régions, pour accompagner en milieu ordinaire de vie des personnes à domicile dont les aidants vieillissent, et tout particulièrement les personnes souffrant de handicap psychique.

## **L'accompagnement vers l'emploi**

Dans la continuité de la loi du 11 février 2005 et des engagements pris par les pouvoirs publics de proposer un parcours professionnel pour chaque personne handicapée, en particulier pour les personnes dont la capacité de travail ne leur permet pas, durablement ou momentanément, d'occuper un emploi en milieu ordinaire mais qui sont néanmoins susceptibles de se voir confier des activités diverses à caractère professionnel par un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), 10 000 places supplémentaires seront créées en ESAT afin notamment de répondre aux besoins exprimés dans le cadre des PRIAC et de résorber les listes d'attente de personnes orientées vers le travail protégé (en particulier, de jeunes adultes maintenus dans des structures inadaptées).

Pour consolider le parcours professionnel des travailleurs handicapés qui occupent déjà un emploi protégé, outre l'aide au poste versée pour la rémunération garantie de chaque travailleur handicapé, des moyens seront mobilisés pour favoriser leur mobilité au sein ou en dehors des ESAT, en particulier par la participation de l'Etat à l'effort de formation des ESAT.

D'autres établissements et services médico-sociaux ont vocation à contribuer également à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Il s'agit notamment des SAMSAH dont le nombre de places va être fortement accru et qui peuvent jouer un rôle majeur aussi bien pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi ou de le conserver. Il en va de même des centres de rééducation professionnelle (CRP) et des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour traumatisés crâniens (JEROS).

## **Des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et pour assurer une couverture plus équilibrée du territoire**

Avec la création de 3200 places en établissement, le programme pluriannuel a également pour objectif, en fonction des besoins exprimés dans les PRIAC, d'apporter une couverture plus homogène du territoire, notamment dans les régions et départements qui sont moins bien dotés en établissements et services ou dans certaines zones à forte évolution démographique. Ces places seront destinées aux enfants polyhandicapés (700), autistes (1500) ou présentant des déficiences intellectuelles sévères (1000), afin que les familles n'aient pas à recourir à des placements en dehors de leur région d'origine ou en Belgique par absence de solution.

## **Accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés :**

13 000 places en établissements médicalisés (MAS et FAM) seront financées, permettant en premier lieu d'accueillir de jeunes adultes aujourd'hui maintenus, faute de places, dans des structures pour enfants : parmi les 5 000 jeunes adultes dans cette situation, plus de 1500 jeunes sont ainsi en attente de places dans une MAS ou un FAM. Les places d'IME ainsi libérées seront rendues disponibles pour l'accueil d'enfants en attente d'admission.

Un effort spécifique sera fait en direction du handicap psychique, de l'autisme et du polyhandicap et répondra au problème émergent des personnes handicapées vieillissantes selon des modes diversifiés.

Le vieillissement des personnes accueillies en foyers de vie, non médicalisés, pourra être accompagné. Pour répondre à ce besoin nouveau, le programme prévoit la possibilité de médicaliser 2 500 places de foyers de vie (soit 6%), par transformation en FAM.

Cette adaptation progressive de l'offre existante devra se faire en lien avec la planification départementale, menée par les Conseils généraux, par un développement concerté de l'offre. Dans les PRIAC 2008-2012, des transformations sont programmées.

### **Permettre des accueils temporaires, des séjours de rupture ou de répit :**

Un nombre important de personnes adultes handicapées vivent au domicile familial. Les aidants des personnes handicapées adultes vieillissent aussi et les études disponibles<sup>1</sup> montrent une sur morbidité des aidants.

De nouveaux modes d'accompagnement diversifiés et souples doivent être envisagés, en articulation avec les réponses apportées par les SAMSAH, les SSIAD ou les SAVS, ce que permet aujourd'hui le cadre juridique.

1000 places d'accueil temporaire destinées aux adultes et aux enfants permettront de répondre au souhait des personnes et des familles et de concrétiser un accompagnement personnalisé pluriel dans ses modalités de mise en œuvre.

### **Accorder au sein de la programmation une attention particulière pour l'accompagnement de certains publics spécifiques**

- Un accroissement de l'offre adaptée en établissements et services pour les enfants, les adolescents et les adultes atteints **d'un syndrome autistique ou de troubles envahissants du développement** doit être poursuivi tout en encourageant les solutions innovantes de prise en charge telles que l'accueil de jour ou l'accueil temporaire, car malgré l'accélération de la dernière phase du plan « autisme » en 2006 et le prolongement de ce plan sur 2007, la demande d'accompagnement qui transparaît dans les PRIAC, reste forte. Pour y répondre, le plan prévoit donc :

- 700 places de SESSAD
- 1 500 places en établissements pour enfants
- 2 000 places en MAS et FAM

- L'effort déjà entrepris avec le programme 2005-2007 de création de places pour **les personnes, enfants et adultes, atteints de polyhandicap ou ayant un handicap complexe de grande dépendance** doit être poursuivi, afin de leur permettre un véritable choix de vie.

Il s'agit d'apporter une réponse aux besoins de structures et de services spécialisés inégalement couverts aujourd'hui et assurer ainsi une répartition équitable sur tout le territoire national par la création ou la transformation de places grâce à un renforcement adapté de moyens :

- 400 places de SESSAD
- 700 places d'établissements spécialisés pour enfants
- 2 600 places de MAS ou de FAM

---

<sup>1</sup> Enquête HID

- Des solutions médico-sociales coordonnées pour l'accompagnement des personnes atteintes de **traumatismes crâniens ou cérébro-lésés** s'inscrivant dans la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale définie en cohérence avec les schémas régionaux de l'organisation sanitaire. A cet effet, le plan prévoit la création de 350 places de MAS ou de FAM, sur la base des estimations issues des PRIAC)
- Des réponses renforcées **aux troubles du comportement et au handicap psychique** selon des modes diversifiés :
  - une meilleure desserte territoriale en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui fonctionnent selon un mode ambulatoire (20 M€ supplémentaires soit l'équivalent de 30 nouvelles structures) ;
  - 1550 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) en établissements et 1450 places en SESSAD spécialisés.

Ces réponses seront programmées et élaborées en liaison avec la pédopsychiatrie, l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et la Protection de l'enfance (Conseil Général).

La programmation (hors GEM) est complétée pour les adultes présentant un handicap psychique avec 2000 places de MAS-FAM et 3750 places de SAMSAH, l'ensemble de cette programmation étant en cohérence avec le Plan de santé mentale, en cours de mise en œuvre.

### **Organiser nationalement l'accès à des compétences rares pour les prises en charge complexes et les handicaps rares, à faible prévalence**

Parmi les personnes lourdement handicapées, certaines présentent des combinaisons de déficiences rares ayant des conséquences complexes et souvent évolutives, nécessitant l'accès à des compétences très spécifiques non disponibles en proximité. Compte tenu de la lourdeur des accompagnements et de leur très forte personnalisation, les délais d'admission en établissements sont souvent accentués et la mise en commun des expertises pluridisciplinaires en construction et leur transfert est à renforcer.

L'évaluation externe des 3 centres de ressources nationaux expérimentaux existants sera réalisée par l'ANESM en 2008.

La CNSA proposera en 2008 un projet de schéma national d'organisation pour le Handicap rare (conformément à l'article L 14-10-1. du code de l'action sociale et des familles et à la convention d'objectifs et de gestion qu'elle a conclue avec l'Etat).

La structuration interrégionale de l'accès à des compétences pluridisciplinaires très spécifiques sera précisée et la mise en réseau des ressources renforcée, y compris en établissements.



## **Actions support du programme**

### **➤ Soutien à l'investissement dans les établissements**

La mise en œuvre des plans d'aide à la modernisation 2006 et 2007 des établissements et services pour enfants et adultes handicapés, financés par la CNSA (150 M€ en 2006 et 53,9 M€ en 2007) et priorisés sur les lieux de vie permanents, portera ses effets entre 2008 et 2010 et sera poursuivie par de nouvelles tranches financières.

Au delà de la modernisation des établissements existants, la loi de financement de la sécurité sociale 2008 élargit la base d'intervention de la CNSA aux créations d'établissements. L'objectif est d'accélérer le montage des projets dans un secteur très majoritairement associatif, les MAS ne disposant pas jusque là d'aide publique à l'investissement.

Les contrats de projets conclus avec les Collectivités locales complètent dans certaines régions cette action.

### **➤ Qualification et formation des intervenants**

Les changements impulsés par la loi du 2 janvier 2002, et la loi du 11 février 2005 induisent dans les 5 ans à venir des développements de services, des transformations d'organisation et de pratiques qui impliquent une approche renouvelée de la question des ressources humaines (recrutement, qualification, formation continue, évaluation et échanges de pratiques).

Les instruments de planification – programmation (PRIAC) et de coopération intégreront cette dimension, en cohérence avec le plan métiers.

### **➤ Recomposition et restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) constituent les outils privilégiés de cette politique d'accompagnement de la recomposition et de la restructuration des organismes gestionnaires dans le secteur du handicap.

La mise en œuvre d'une contractualisation pluriannuelle et pluri-établissements et services peut permettre, outre une rationalisation de la gestion budgétaire, une plus grande mutualisation des moyens. Elle permet également d'aller vers une plus grande convergence tarifaire et peut favoriser la participation à des formules de coopération entre établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

En tout état de cause, elle est de nature à garantir sur la durée un accompagnement de qualité des personnes handicapées.

➤ **Etudes et recherche**

La politique de partenariat dans le domaine des études et de la recherche sur le handicap sera amplifiée, avec le soutien de la CNSA. :

- dans le cadre de l'Institut de Recherche en Santé Publique, en partenariat avec l'INSERM ;
- dans le cadre de l'appel à projets conjoint avec la Haute Autorité de Santé ;
- dans le cadre de la réalisation de l'enquête handicap-santé pilotée par l'INSEE-DREES ;
- dans le cadre du lancement d'appels à projets pour soutenir l'innovation.

**Tableau prévisionnel de création de places en établissements et services**

**Créations de places financées sur l'OGD**

Programmation de places nouvelles PH	Nombre total des places prévu dans le programme	tranche 2008		Tranche 2009	
		places	montants	places	montants
<b>4. Mesure enfance</b>					
création places Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)	1 550	300	14,1	250	11,9
création places Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)	7 250	1250	21,1	1 100	18,9
création places polyhandicapés	700	150	7,5	100	5,1
création places en établissements pour autistes	1 500	300	15,0	300	15,2
création places en établissements déficients intellectuels	1 000	200	6,8	150	5,2
Centre ressources			2,0		1,5
CAMSP			7,0		5,0
CMPP			3,1		3,0
Accueil temporaire	250	50	2,0	25	1,0
<b>Total enfance</b>	<b>12 250</b>	<b>2 250</b>	<b>78,6</b>	<b>1 925</b>	<b>66,8</b>
<b>5. Mesures adultes</b>					
création places Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) 35%	13 000	2 600	62,0	1 800	42,9
création places Foyers d'Accueil médicalisé (FAM) 65%			43,2		29,9
enveloppe médicalisation FAM/FV/FO	2 500	500	11,6	250	6,9
Accueil temporaire	800	175	7,0	90	3,6
places SAMSAH et Services de Soins Infirmiers à Domicile	12 900	2 100	27,9	1 500	19,9
experimental/divers			2,0		2,0
<b>Total adultes</b>	<b>29 200</b>	<b>5 375</b>	<b>153,7</b>	<b>3 640</b>	<b>105,3</b>
	<b>41 450</b>	<b>7 625</b>	<b>232,3</b>	<b>5 565</b>	<b>172,1</b>

## Créations de places financées sur le budget de l'Etat

	Nombre de places	FONCTIONNEMENT ESAT	AIDE AU POSTE ESAT	COUT TOTAL		coût aide au poste
		coût à la place (1)	coût CAT	coût à la place (2)		
<b>PPPH 2008-2012</b>						
<b>2000 places annuelles moins les 5 % recyclées en accompagnement à l'insertion</b>						
2008 année pleine	1 900	11 789	22 399 100	8 812	16 742 800	39 141 900
2009 année pleine	1 900	11 966	22 735 400	8 988	17 077 200	39 812 600
2010 année pleine	1 900	12 145	23 075 500	9 168	17 419 200	40 494 700
2011 année pleine	1 900	12 327	23 421 300	9 351	17 766 900	41 188 200
2012 année pleine	1 900	12 512	23 772 800	9 538	18 122 200	41 895 000
<b>TOTAL</b>	<b>9 500</b>		<b>115 404 100</b>		<b>87 128 300</b>	<b>202 532 400</b>

(1) Pour tenir compte de l'inflation, une revalorisation annuelle de 1,5 % a été appliquée sur les coûts à la place.

(2) Pour tenir compte de l'évolution du SMIC, une revalorisation de 2% par an a été appliquée sur l'aide au poste.

<b>accompagnement 5 % des 2000 places annuelles</b>			
	Nombre de places	FONCTIONNEMENT ESAT	
2008 année pleine	100	11 789	1 178 900
2009 année pleine	100	11 966	1 196 600
2010 année pleine	100	12 145	1 214 500
2011 année pleine	100	12 327	1 232 700
2012 année pleine	100	12 512	1 251 200
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>		<b>6 073 900</b>
	<b>Total fonctionnement</b>	<b>121 478 000</b>	

<b>TOTAL GENERAL FONCTIONNEMENT ET AIDE AU POSTE</b>	<b>208 606 300</b>
--	--------------------

## Fiches actions

- **Fiche 1** : Développer l'action précoce
- **Fiche 2** : Soutenir la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants
- **Fiche 3** : Accompagner les personnes handicapées vers l'emploi
- **Fiche 4** : Apporter des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et assurer une couverture plus équilibrée du territoire
- **Fiche 5** : Accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés
- **Fiche 6** : Apporter des réponses renforcées aux troubles du comportement des enfants et des adolescents, selon des modes diversifiés
- **Fiche 7** : Organiser nationalement l'accès à des compétences rares pour les prises en charge complexes et les Handicaps rares, à faible prévalence.
- **Fiche 8** : Accompagner la recomposition et la restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le secteur du handicap

## FICHE 1

<b>Intitulé</b>	<b>DEVELOPPER L'ACTION PRECOCE</b>
<b>Constat</b>	<p style="text-align: center;">➤ <b>Un déploiement de services sur l'ensemble du territoire</b></p> <p>L'objectif du plan périnatalité 2005-2007 d'améliorer la couverture nationale pour le dépistage et l'action médico-sociale précoce par la création ou l'extension de 100 CAMSP sur 5 ans, a été atteint en 2007 en dotant chaque département d'au moins un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dont le rôle qui a pour objectif le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales.</p> <p>Les CAMSP doivent prendre en charge à la fois les problèmes somatiques, psychiques et sociaux de ces jeunes enfants, et les besoins d'aide et d'accompagnement de leurs parents. En 2001 on dénombrait 199 services et en 2006, 284.</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Un besoin toujours accru</b></p> <p>On ne peut estimer cependant que le besoin soit aujourd'hui suffisamment couvert, dans la mesure où la généralisation du dépistage dans la période pré natale ou péri natale induit une demande de prise en charge de plus en plus précoce.</p> <p>Le nombre d'enfants susceptibles en théorie de relever des CAMSP est élevé si on en juge par les données épidémiologiques un peu moins de 1% des enfants nés vivants seront porteurs de déficiences sévères, soit 6000 enfants par an avec une prédominance pour les déficiences motrices et déficiences intellectuelles sévères.</p> <p>Par ailleurs le taux de naissances prématurées augmente régulièrement depuis 10 ans (5.9% en 1995, 6.2% en 2003)<sup>2</sup>. Or parmi les grands prématurés une proportion non négligeable d'enfants va développer tout au long de l'enfance des séquelles de la prématurité qui requiert une intervention pluridisciplinaire précoce et un travail en réseau.</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Des inégalités persistantes au niveau de l'orientation et de l'accès aux services</b></p> <p>Les enquêtes montrent qu'un nombre important d'enfants ne bénéficient pas de suivi et que les chances d'y accéder sont très inégales entre les enfants. Seulement 23% des enfants dont le handicap est d'origine péri néonatale et 30% des enfants atteints par une anomalie chromosomique ont été pris en charge par un CAMSP à un moment de leur parcours.</p> <p>La capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP restent inégales.</p>
<b>Les moyens existants</b>	<p>- 291 CAMSP (ou antennes) sont installés au 1<sup>er</sup> juin 2007, 13 (créations ou extensions) sont en attente d'ouverture (source FINESS) ;</p> <p>- Financement assurance maladie (80%) : 122M€, Conseils généraux (20%) 32.5M€ (Source : CNAMTS, CNSA)</p>

<b>Objectifs</b>	L'objectif est de poursuivre le renforcement du dépistage et de l'accompagnement précoce pluridisciplinaire des enfants dès la naissance pour développer, en l'état des connaissances, les capacités d'autonomie maximales.
<b>Les mesures à mettre en œuvre</b>	<p>1) Améliorer la couverture territoriale et des réductions des inégalités d'accès aux CAMSP. Il s'agit de faciliter le recours aux CAMSP en assurant un maillage infra départemental de services par un déploiement géographique de CAMSP existants (renforcement ou extensions) et/ou par création de structures nouvelles ;</p> <p>2) Renforcer la pluridisciplinarité de certains CAMSP, en articulation avec le secteur hospitalier, les professionnels (pédiatres et neuropédiatres, pédopsychiatres) ;</p> <p>3) Conforter leur fonctionnement en réseau, notamment avec les réseaux périnatalité, la PMI et les structures d'accueil petite enfance, et renforcer les coopérations avec les SESSAD polyvalents ou spécialisés ;</p> <p>Ce développement de l'offre se fera à partir de la programmation des PRIAC dans un objectif d'équité territoriale, et en concertation avec les conseils généraux, en charge de la PMI et en lien avec le volet périnatalité des SROS.</p>
<b>La cohérence avec les autres politiques publiques</b>	Schéma régionaux d'organisation sanitaires (SROS) périnatalité et SROS de l'enfant et de l'adolescent (2005-2010)
<b>Le coût</b>	<p><b>33,8 M€, représentant l'équivalent de 75 structures nouvelles, au coût moyen financé par l'assurance maladie (440 000€) soit 80% du coût (+27% par rapport à l'existant)</b></p> <p>(soit 8.4M€ financés - 20% - par les conseils généraux au titre de la prévention)</p>
<b>Le Calendrier</b>	2008-2012 pour l'autorisation des structures, 2008-2014 pour l'installation
<b>Les indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution du nombre de structures de 2007 à 2012 (source : fichier FINESS) ;</li> <li>- Evolution des écarts interrégionaux et interdépartementaux de la dépense relative aux CAMSP rapportée à la population des 0-6 ans. (données budgets exécutoires – comptes administratifs et données CNAMTS) ;</li> <li>- Evolution de la part des 0-12 mois et des 5 ans et plus parmi les enfants accueillis dans les CAMSP (indicateurs médico-sociaux - enquête ES de la DREES) ;</li> <li>- Evolution des écarts du coût de la prise en charge socio-médico-éducative (indicateurs médico-sociaux - données BE-CA).</li> </ul>
<b>Actions d'accompagnement</b>	<p>Pour accompagner l'augmentation du nombre des CAMSP et l'amélioration de leur couverture territoriale, une étude sera lancée en 2008 par la CNSA et la DGAS sur l'organisation de leurs tâches en procédant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à une analyse quantitative et qualitative de leur fonctionnement ;</li> <li>- à une évaluation de l'étendue de l'accompagnement proposé.</li> </ul> <p>La mise en réseau des CAMSP sera par ailleurs renforcée.</p>

## FICHE 2

<b>Intitulé</b>	<b>Le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie des enfants</b>
-----------------	---

<b>Constat</b>	<p>Depuis quelques années l'offre médico-sociale en faveur des enfants handicapés privilégie l'accompagnement en milieu ordinaire. Cet accompagnement se fait en mode ambulatoire, avec les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et avec les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Une évolution vers la scolarisation en milieu ordinaire</b></p> <p>Cette évolution va s'amplifier avec la mise en œuvre des dispositions de la loi du 11 février 2005 qui pose comme principe la scolarisation en milieu ordinaire, qui peut se faire à temps plein ou à temps partiel en articulation avec une scolarisation dans des unités d'enseignement des établissements médico-sociaux.</p> <p>L'éducation nationale prévoit sur les 3 ans à venir le transfert vers l'école ordinaire de 20 000 à 30 000 enfants actuellement scolarisés dans le médico-social (71 000 enfants) vers l'école ordinaire. En juin 2007 155 500 enfants et adolescents handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire, soit 16% de plus que l'année scolaire précédente.</p> <p>47 600 enfants étaient scolarisés en Classe d'intégration scolaire (CLIS) ou Unités pédagogiques d'intégration (UPI). Les objectifs cible à 2010 de l'Education nationale pour la scolarisation des enfants handicapés sont pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ le 1<sup>er</sup> degré : 2% d'élèves handicapés parmi les élèves du premier degré (1,9 en exécution 2006)</li> <li>⇒ Le 2<sup>ème</sup> degré : 1,4% d'élèves handicapés parmi les élèves du second degré (0,7 en exécution en 2006)</li> </ul> <p>66% des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire souffrent d'un handicap intellectuel ou du langage (100 000 enfants) et, 24% de déficiences physiques, et 10% de plusieurs déficiences associées et autres déficiences).</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Des besoins d'accompagnement encore non couverts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enquête de la DREES sur les enfants passés en CDES recense pour 2004-2005, 20 000 enfants en établissements ou à domicile qui ne sont pas scolarisés, dont environ 15 000 soumis à l'obligation scolaire. Parmi ceux-ci, 5000 seraient à domicile et, pour l'essentiel, en attente d'une solution.</li> <li>- Il apparaît de plus en plus un besoin d'accompagnement pour des enfants présentant des troubles du langage et des apprentissages, dont le nombre est estimé à 4 à 6% d'une classe d'âge (soit 40 000 enfants) dont au moins 1% présente une déficience sévère.</li> </ul> <p>L'effort d'accompagnement pour l'intégration scolaire doit donc se poursuivre et s'adapter à des âges plus élevés Malgré le développement sur un rythme élevé des SESSAD (32 000 places financées dont 30 000 installées fin 2006), la demande tendancielle, confirmée par les PRIAC, reste forte.</p> <p>Enfin, dans le même temps, l'exigence d'accompagnement précoce dans les lieux de vie des enfants (crèches/halte garderie) est appelé à se renforcer.</p>
----------------	---

<b>Les moyens existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1230 SESSAD, soit 30 346 places installées, pour un coût assurance maladie de 570,5M€ ;</li> <li>- 480 CMPP (dont antennes) : coût assurance maladie 291,5 M€</li> </ul> <p>(Sources DREES-STATISS 2007- FINISS-CNAM/ CNSA previsions 2007)</p>
-----------------------------	--



<b>Objectifs</b>	L'objectif est de poursuivre le développement des SESSAD et des CMPP afin notamment d'accompagner l'enjeu majeur que représente la scolarisation des enfants et adolescents.
<b>Les mesures</b>	<p>Faciliter le recours aux CMPP en assurant un maillage infra départemental de services, en articulation avec la psychiatrie infanto juvénile (cf. Plan santé mentale).</p> <p>Poursuivre, en concertation avec l'Education Nationale, le développement des SESSAD par la création de 7250 places nouvelles, auxquelles s'ajouteront les places créées par adaptation de l'offre existante en établissements, estimées à 5 000 places de SESSAD (soit un objectif à 5 ans de 44 000 places de SESSAD)</p>
<b>La cohérence avec les autres politiques publiques</b>	Mise en œuvre de l'obligation de scolarisation et de l'organisation cohérente du scolaire et du médico social – Education Nationale- DGAS
<b>Le coût</b>	<p><b>20 M€ pour les CMPP (soit l'équivalent de 30 structures au coût moyen constaté de 700 000€ environ)</b></p> <p><b>126,92M€ pour les SESSAD</b></p>
<b>Le Calendrier</b>	2008-2012 pour l'autorisation des structures, 2008-2014 pour l'installation
<b>Les indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution du nombre de places de SESSAD, dont places créées par adaptation de l'offre existante, et pour les CMPP la dépense moyenne par habitant de 0-20ans ;</li> <li>- Evolution des écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux ;</li> <li>- Evolution du nombre d'enfants handicapés scolarisés selon les modes de scolarisation (enquête ES- et enquête EN).</li> </ul>
<b>Actions d'accompagnement</b>	<p>Accompagner le développement de ces services par une réflexion à mener avec la DGAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'organisation des CMPP, en procédant à une analyse quantitative et qualitative de leur fonctionnement ;</li> <li>- sur l'élaboration de référentiels d'intervention pour les SESSAD.</li> </ul> <p>Suivre, en lien avec l'Education nationale et les MDPH, l'évolution de la scolarisation des enfants, aux niveaux régional et départemental, ainsi que le développement des pratiques d'accompagnement à l'école ordinaire non seulement en SESSAD mais également par les établissements médico-sociaux (internat ou semi-internat)</p>

### FICHE 3

<b>Intitulé</b>	<b>Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées dans le cadre des ESAT</b>
-----------------	--

<b>Constat</b>	<p>La loi du 11 février 2005 et ses textes d'application ont conforté les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) dans leur mission consistant à proposer des activités à caractère professionnel ainsi qu'un soutien éducatif et médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide et qui à ce titre n'ont pas temporairement ou durablement la possibilité d'occuper un emploi en milieu ordinaire. En contrepartie, les travailleurs handicapés perçoivent une rémunération garantie cumulable avec leur allocation pour adultes handicapés selon des modalités qui prennent mieux en compte désormais leurs pratiques et évolutions professionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Un renforcement des capacités d'accueil des ESAT sur l'ensemble du territoire</b></li></ul> <p>Des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de taux d'équipement en places d'ESAT grâce aux programmes pluriannuels qui se sont succédés (1999-2003 : 10 000 places et 2005-2007 : 8 000 places). Cette augmentation significative du nombre de places a permis de réduire les listes d'attente. A ce jour, au terme du plan 2005-2007, l'Etat finance 112 811 places en ESAT.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Un besoin toujours accru de places supplémentaires</b><ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Les remontées PRIAC</b></li></ul></li></ul> <p>Les besoins en places supplémentaires restent quantitativement très importants, en particulier pour rendre effectives les nouvelles décisions d'orientation prises par les CDAPH, alors que par ailleurs le taux de sortie vers le milieu ordinaire des travailleurs handicapés en ESAT reste faible.</p> <p>Ainsi, l'analyse des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) transmis par les préfets de région en 2007 fait apparaître un besoin total de 11 763 places d'ESAT sur une période de 5 ans (de 2007 à 2011). En rythme annuel, le besoin de places nouvelles qui se situe dans la continuité du plan 2005-2007, est compris entre 2000 et 2500 places supplémentaires chaque année.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Des listes d'attente importantes et le maintien de jeunes adultes dans des structures inadaptées</b></li></ul> <p>Les orientations vers les ESAT concernent de plus en plus des personnes handicapées psychiques pour lesquelles les ESAT apportent une réponse à la nécessité d'un soutien médico-social et éducatif à l'issue de leur prise en charge par des unités de soins psychiatriques. Cet accroissement du nombre des personnes handicapées psychiques dirigées vers les ESAT sans diminution corrélative des autres populations traditionnellement orientées en ESAT a pour effet d'augmenter le volume des personnes en attente d'une admission effective.</p> <p>Les 8.000 places du dernier plan de création de places 2005-2007 n'ont pas permis de résoudre totalement la question des jeunes handicapés relevant de l'amendement Creton. Ainsi fin 2006, sur les 15.957 personnes inscrites en liste d'attente de places d'ESAT, on dénombrait 1922 jeunes Creton.</p>
----------------	--

	<p style="text-align: center;"><b>- <i>L'impact de la restructuration des anciens ateliers protégés et de l'avancée en âge de certains de leurs salariés.</i></b></p> <p>La restructuration des anciens ateliers protégés, dans le cadre de leur transformation en entreprises adaptées, a conduit à des fermetures de certaines sections d'ateliers protégés, ou dans certains cas à des transformations en ESAT, et donc à l'augmentation du nombre de travailleurs handicapés susceptibles d'être accueillis en ESAT. En outre, le vieillissement des salariés des ateliers protégés a conduit certains d'entre eux à solliciter un passage en ESAT pour la dernière partie de leur «carrière professionnelle».</p> <p>Les anciens salariés des ateliers protégés sont bien accueillis par les ESAT à la recherche de personnels expérimentés et «productifs», avec un risque d'éviction des populations qui ont véritablement vocation à y travailler vers les foyers occupationnels.</p> <p><b>• Un soutien important de l'Etat en matière de rémunération garantie versée aux travailleurs handicapés en ESAT</b></p> <p>La rémunération garantie est versée intégralement par l'ESAT, mais pour tenir compte de la moindre productivité de la personne compte tenu de son handicap il perçoit une aide au poste égale à 50 % du SMIC, l'ESAT contribuant en moyenne à cette rémunération à hauteur de 12,5 % du SMIC. Par ailleurs l'Etat compense les charges sociales acquittées sur l'aide au poste. Enfin, il finance les 2/3 de la contribution de l'ESAT pour le financement de la formation professionnelle.</p> <p><b>• La question de la modernisation des ESAT et du financement de leurs investissements</b></p> <p>De nombreux ESAT, créés majoritairement dans les années 70, affichent un réel vieillissement et une certaine inadaptation de leurs infrastructures aux activités nouvelles qu'ils entendent développer. Se posent par ailleurs des questions de remise aux normes de sécurité.</p> <p>Des crédits d'investissement sont ponctuellement engagés au profit des ESAT, mais ne s'inscrivent dans une politique nationale de soutien à la modernisation des ESAT. Ainsi, les crédits d'investissement engagés dans le cadre des contrats de plan Etat-Région (CPER) 2000-2006 portent sur un nombre limité d'opérations (2 régions en métropole - Auvergne et Ile de France - et 3 régions d'outre-mer - Guadeloupe, Martinique et Guyane).</p>
--	--

<p><b>Les moyens existants</b></p>	<p>1 418 établissements et services d'aide par le travail (ESAT) qui accueilleraient fin 2006, 111.317 TH en effectifs réels soit 108.659 ETP (Sources DGAS 2006) ;</p> <p>Financement Etat à 100 % (sources Loi de Finances 2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctionnement des ESAT : 1 331 M€</li> <li>- Aide de l'Etat au titre de la rémunération garantie (GRTH) : 1 011 M€</li> </ul>
------------------------------------	--

<b>Objectifs</b>	<p>Ils sont d'ordre quantitatif et qualitatif, avec une capacité d'accueil renforcée qui s'inscrit dans une organisation générale des ESAT mettant davantage l'accent sur les passerelles avec le milieu ordinaire de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Renforcer la capacité d'accueil des ESAT et remettre à niveau certains ESAT dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</b></li> </ul> <p>Le réseau des ESAT doit voir sa capacité d'accueil renforcée, en particulier pour accueillir les jeunes adultes maintenus en établissements d'éducation spéciale. Par ailleurs, les CPOM actuellement mis en œuvre font apparaître des besoins de places nouvelles d'ESAT nécessaires à la remise à niveau des établissements en difficulté et à leur retour à l'équilibre sur la durée du contrat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail</b></li> </ul> <p>La mise en place de mesures pour faciliter les passerelles avec le milieu ordinaire de travail doit également être intégrée dans les besoins prévisibles à court terme. En effet, il est nécessaire d'assurer la mise en œuvre de l'article L344-2-5 du CASF issu de la loi du 11 février 2005 qui prévoit le financement, par les ESAT via des conventions d'appui, de l'accompagnement de leurs anciens travailleurs handicapés devenus salariés d'une entreprise ou d'une collectivité publique, dans la limite pour chaque ancien travailleur concerné d'une durée maximale renouvellements éventuels inclus de 3 ans.</p> <p>Ces passerelles peuvent prendre la forme également de mises à disposition de travailleurs auprès d'entreprises ou de collectivités qui doivent être développées.</p>
<b>Mesures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la capacité d'accueil des ESAT par la création chaque année de 2000 places supplémentaires soit 10.000 places nouvelles au total sur la durée du plan (avec une part importante dédiée aux services d'aide par le travail) ;</li> <li>• Renforcer la professionnalisation des travailleurs handicapés accueillis en ESAT, par le développement d'actions de formation dont le financement sera pris en charge par des OPCA auxquels les ESAT auront contribué (leur contribution est compensée par l'Etat à hauteur des 2/3) ;</li> <li>• Mettre en œuvre les accompagnements nécessaires au passage en milieu ordinaire : afin de permettre aux ESAT de financer cet accompagnement, une fraction des crédits de fonctionnement pérennes supplémentaires sera affectée au financement de ces actions d'accompagnement. Chaque année, l'équivalent de 100 places nouvelles (soit 6 M€ sur 5 ans) sera prélevé dans cet objectif ;</li> <li>• Moderniser les ESAT, en les soutenant dans leur politique d'investissement (remise aux normes des équipements et des ateliers, développement de certaines infrastructures...)</li> </ul>
<b>Cohérence avec les autres politiques publiques</b>	<p>Politique globale des ESAT  Appui au fonctionnement  Aide de l'Etat pour la rémunération et les charges (SS et formation)  Soutien à la modernisation</p>

<b>Coût</b>	<b>Cout du fonctionnement des 10.000 places : 121 M€</b> <b>Coût aide de l'Etat dont aide au poste - GRTH : 92 M€</b> <b>Soit un total de 213 M€</b>
-------------	--

<b>Calendrier</b>	2008-2012 pour l'autorisation des places nouvelles, 2008-2014 pour l'installation
-------------------	---

<b>Indicateurs</b>	<p>- nombre de départs vers le milieu ordinaire dans le cadre d'un contrat de travail ou d'une convention de mise à disposition rapporté au nombre de travailleurs handicapés entrant chaque année en ESAT ;</p> <p>- montant de la part de rémunération directement versée par les ESAT au travailleur rapporté au SMIC mensuel moyen.</p>
--------------------	---

<b>Actions d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Travaux en cours dans le cadre de la RGPP</b></li> </ul> <p>Une mission RGPP "Politique de solidarité" est actuellement en cours. Elle a pour objectifs concernant les ESAT de d'apprécier les coûts des établissements, d'évaluer la pertinence des indicateurs utilisés tant d'un point de vue interne pour la gestion des établissements que d'un point de vue central pour une juste allocation des budgets et de parvenir à une tarification objective des prestations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etude à mener sur les activités des ESAT</b></li> </ul> <p>Une étude portant sur l'appui des services de l'Etat, à la modernisation et au développement des ESAT dans leurs missions médico-sociales et économiques est prévue au programme 2008. Cette étude permettra à partir d'un diagnostic approfondi de la situation administrative, financière et économique actuelle des ESAT et de l'analyse de son évolution au cours des dernières années, de présenter un ensemble cohérent de préconisations susceptibles de constituer les axes principaux d'un plan d'action concernant ces structures.</p>
---------------------------------	--

## FICHE 4

<b>Intitulé</b>	<b>Des réponses institutionnelles complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et pour assurer une couverture plus équilibrée du territoire</b>
<b>Constat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Des besoins encore importants sur des pathologies déterminées</b></li> </ul> <p>A l'issue du plan autisme et des programmations en faveur de l'accompagnement du polyhandicap des besoins encore importants apparaissent au travers des PRIAC qui recensent sur 5 ans, un besoin estimatif de 950 places à créer pour le polyhandicap et 1900 places pour l'autisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Des évolutions démographiques très contrastées</b></li> </ul> <p>A l'horizon 2012 les tranches d'âge de référence (0-6 ans, 0-19 ans) devraient connaître, en population générale, un tassement par rapport aux données du recensement 2006 qui sont quant à elles, en forte progression au regard des projections élaborées en 1999 par l'INSEE.</p> <p>Cependant cette stabilité se traduit de façon très hétérogène selon les territoires dont certains vont connaître une dynamique assez forte, alors que d'autres vont enregistrer un déclin démographique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Des facteurs de recours aux institutions encore mal connus</b></li> <li>➤ <b>Des retards historiques</b></li> </ul> <p>La prise en charge en établissements de la déficience intellectuelle, n'a pas fait l'objet ces dernières années d'une programmation nationale, ce secteur étant marqué par une transformation des établissements existants en SESSAD, dynamique qui va se poursuivre sur la période 2008-2012., à l'exception de quelques régions ou départements qui sont en sous équipement historique (dont l'Île de France, PACA, Rhône Alpes et les DOM...).</p> <p>Les PRIAC de certaines régions font apparaître une demande significative de places pour des établissements pour déficients intellectuels.</p> <p>Il est indispensable de disposer de moyens permettant ces rééquilibrages ciblés, tout en prenant en compte les flux interrégionaux ainsi que les flux vers la Belgique principalement issus du Nord Pas de Calais et de l'Île de France, en complément des évolutions nécessaires des établissements existants.</p>
<b>Les moyens existants</b>	<p>65 000 places en établissements pour la déficience intellectuelle, l'autisme et les troubles envahissant du développement (TED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ coût pour l'assurance maladie : 2 480 M€</li> </ul> <p>7 300 places en établissements pour le polyhandicap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ coût pour l'assurance maladie : 293 M€</li> </ul> <p>(Sources DREES-STATISS 2007- FINISS-CNAM/ CNSA prévisions 2007)</p>

<b>Objectifs</b>	<p>- Assurer une couverture plus homogène du territoire, notamment à la fois dans les régions et départements qui sont moins bien dotés en établissements et services ou et dans certaines zones à forte évolution démographique, en créant des places en établissements spécialisés</p> <p>Ces places seront destinées à l'accompagnement du polyhandicap, de l'autisme ou des déficiences intellectuelles afin que les familles n'aient pas à recourir à des placements en dehors de leur région d'origine (ou en Belgique) par absence de solution locale.</p> <p>- Développer l'accueil temporaire et les structures de répit</p>
<b>Mesures</b>	<p>Création de 3 800 places en établissements, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 700 places pour l'accompagnement du polyhandicap ;</li> <li>- 1500 places pour l'accompagnement de l'autisme et des TED ;</li> <li>- 1000 places pour l'accompagnement de la déficience intellectuelle ;</li> <li>- 250 places d'accueil temporaire.</li> </ul>
<b>Cohérence avec les autres politiques publiques</b>	<p>Plan autisme en préparation.</p>
<b>Coût</b>	<p><b>173,3M€ + 12,40M€ pour l'accueil temporaire (assurance maladie)</b></p>
<b>Calendrier</b>	<p>2008-2012 pour l'autorisation des places nouvelles, 2008-2014 pour l'installation</p>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution des écarts interrégionaux et interdépartementaux (FINESS) ;</li> <li>- Evolution du nombre d'enfants et de jeunes placés en Belgique en lien avec les DRASS et CRAM Nord Pas de Calais- Picardie ;</li> <li>- Part des créations de places autisme-TED et polyhandicap par requalification de places d'IME ou d'IEM (bilan de l'exécution des programmations) ;</li> <li>- Evolution des places d'accueil temporaire.</li> </ul>
<b>Actions d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer en lien avec les MDPH l'impact de ces mesures sur la résorption des listes d'attente.</li> <li>- Etude des facteurs de recours aux établissements médico-sociaux à mener avec les régions ou départements présentant un fort taux de recours à l'accompagnement en établissements (ex : Nord pas de Calais – Ardennes)</li> </ul>

## FICHE 5

<b>Intitulé</b>	<b>Accompagner l'avancée en âge des personnes adultes lourdement handicapées au travers des plans personnalisés diversifiés</b>
<b>Constat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Des besoins insatisfaits</b></li> </ul> <p>Malgré un accroissement sensible des places en MAS et FAM et l'émergence de nouveaux services d'accompagnement comme les SSIAD et les SAMSAH, tous les besoins ne sont pas satisfaits, comme en témoigne d'une part, la stabilité du nombre des personnes en attente de solution ou maintenues faute de places dans des structures pour enfants, (environ 5000 jeunes dont 1500 sont en attente de places dans une MAS ou un FAM sont présents dans des IME), et d'autre part la programmation des PRIAC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées à tous les âges de la vie</b></li> </ul> <p>L'espérance de vie est globalement supérieure à 60 ans pour l'ensemble des handicaps. L'évolution de la pyramide des âges des personnes accueillies ou suivies par un établissement ou un service témoigne de l'augmentation du poids relatif des tranches d'âges les plus élevées.</p> <p>Les durées de séjours dans les établissements et services augmentent et obèrent leur capacité à accueillir les plus jeunes. De ce fait malgré l'augmentation du nombre de places de MAS et FAM créées ces dernières années, le nombre de jeunes adultes maintenus dans des structures pour enfants au titre de l'amendement Creton reste important et stable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Le phénomène de vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants eux-mêmes âgés</b></li> </ul> <p>L'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation du nombre moyen d'incapacités dont souffrent les personnes handicapées vieillissantes. Elle se traduit par une plus forte perte d'autonomie, le volume global des besoins de prise en charge augmente. Une adaptation qualitative de l'accompagnement qu'il soit prodigué en établissements ou à domicile est nécessaire en termes de médicalisation notamment, mais aussi dans la différenciation des projets de vie en établissement.</p> <p>Un nombre important de personnes adultes handicapées vivent au domicile familial. Les aidants des personnes handicapées adultes vieillissent aussi et les études disponibles montrent une sur morbidité font état de la fatigue physique et du stress des aidants.<sup>3</sup></p> <p>De nouveaux modes d'accompagnement diversifiés et souples doivent être envisagés, ce que permet aujourd'hui le cadre juridique. Le développement équilibré et coordonné au sein des territoires doit être recherché</p>
<b>Les moyens existants</b>	<p>- 465 MAS - 17850 places installées - Coût assurance maladie : 1 350 M€          - 445 FAM - 12 600 places installées – Coût assurance maladie : 300 M€          - 1410 Foyers de vie- 41 100 places (financement Conseil général)</p> <p>(Sources DREES-STATISS 2007- FINESS-CNAM/ CNSA previsions 2007)</p>

<sup>3</sup> Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie- une revue de la littérature – Bernard AZEMA et nathalie MARTINEZ



<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueillir en priorité les jeunes adultes aujourd'hui maintenus, faute de places dans des structures pour enfants et réduire les délais d'admission en établissements pour adultes</li> <li>- Augmenter l'offre médicalisée en faveur des adultes par la création de places de MAS et de FAM, et diversifier les modes d'accompagnement par le développement de services tels que les SSIAD PH ou les SAMSAH pour les personnes vivant en familles, ou en logement adapté ou banalisé.</li> <li>- Maintenir comme pour les enfants un effort spécifique d'accompagnement en direction : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des personnes ayant un handicap psychique ou de l'autisme,</li> <li>- des personnes atteintes de polyhandicap ou de handicaps rares ou confrontées à des situations complexes de handicap,</li> </ul> </li> </ul> <p>afin d'offrir une réponse médico-sociale adéquate en complément du secteur sanitaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre selon des modes diversifiés au problème émergent des personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile ou accompagnées par des services ou des établissements non médicalisés</li> <li>- Prévoir la possibilité de médicaliser des places de foyers de vie, par transformation en FAM. Cette adaptation progressive de l'offre existante ne pourra se faire qu'en lien avec la planification départementale menée par les Conseils généraux, par un développement concerté de l'offre pour les personnes handicapées adultes les plus autonomes. Dans les PRIAC 2007-2011, des transformations sont déjà programmées.</li> <li>- Aménager des structures de répit par la création de places d'accueil temporaire</li> </ul>
------------------	---

<b>Mesures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de 13 000 places de FAM et de MAS (dont, à titre estimatif, 2000 places pour le handicap psychique, 2 600 places pour le polyhandicap, 2000 places pour l'autisme, 350 places pour les traumatismes crâniens, 2500 places pour les personnes handicapées vieillissantes)</li> <li>- Médicalisation de 2500 places de foyers de vie</li> <li>- Création de 12 900 places de SAMSAH et de SSIAD</li> <li>- Création de 750 places d'accueil temporaire destinées aux adultes</li> </ul>
----------------	---

<b>Cohérence avec les autres politiques publiques</b>	<p>Plan santé mentale</p> <p>Plan autisme (en préparation)</p>
---	--

<b>Coût</b>	<p><b>Coût assurance maladie 813,3M€</b> dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 544, 5M€ pour les MAS FAM</li> <li>- 59,9 M€ pour la médicalisation des foyers de vie</li> <li>- 77,9 M€ pour les SAMSAH-SSIAD</li> <li>- 31 M€ pour l'accueil temporaire</li> </ul> <p>(A ces coûts s'ajoutent les financements des conseils généraux pour les FAM, SAMSAH et éventuellement l'accueil temporaire)</p>
-------------	--

<b>Calendrier</b>	2008-2012 pour l'autorisation des places nouvelles, 2008-2014 pour l'installation
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution du nombre de jeunes adultes maintenus dans les établissements pour enfants (enquêtes semestrielles, données MDPH)</li> <li>- Evolution de l'offre (source : fichier FINESS)</li> <li>- Evolution du nombre de places de foyers de vie médicalisées (CNSA : enquêtes semestrielles sur le suivi de l'exécution des programmations)</li> </ul>
<b>Actions d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer en lien avec les MDPH l'impact de ces mesures sur la résorption des listes d'attente et des jeunes maintenus en établissements pour enfants.</li> <li>- Accompagner la mise en œuvre des programmations par le plan d'aide à l'investissement et un plan de formation</li> </ul>

## FICHE 6

<b>Intitulé</b>	<b>Des réponses renforcées aux troubles du comportement des enfants et des adolescents, selon des modes diversifiés</b>
<b>Constat</b>	<p>➤ <b>Les évolutions réglementaires et le développement de l'offre sur la période 2003-2007</b></p> <p>Le décret du 6 janvier 2005 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)</p> <p>La circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques qui précise les caractéristiques de l'ITEP et les problématiques des enfants concernés, ainsi que l'organisation et le fonctionnement des ITEP.</p> <p>Les programmes nationaux pluri annuels ont assuré le financement de 480 places nouvelles en ITEP sur la période 2003-2007</p> <p>➤ <b>Des disparités territoriales marquées en termes d'offre d'accompagnement</b></p> <p>On recense au niveau national 1 place d'ITEP pour 1000 enfants, mais les écarts vont de 0 à 4 suivants les départements. Certains départements ne disposent pas encore d'offre effective.</p> <p>➤ <b>Des besoins attestés par les PRIAC</b></p> <p>L'accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement est une problématique qui ressort de façon sensible dans les PRIAC 2007 avec plus de 3000 places programmées sur la période 2007-2011, dont la moitié en ITEP et la moitié en places de SESSAD</p> <p>Cette programmation s'articule autour de 2 axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un enjeu de rééquilibrage territorial de l'offre d'accueil des enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement : la répartition de la programmation est globalement en corrélation avec le niveau d'équipement en ITEP, les régions et départements ayant programmé le plus de places étant les moins équipés en ITEP ;</li> <li>▪ Un objectif de diversification et d'adaptation de l'offre d'accompagnement (SESSAD, accueil temporaire, projets expérimentaux) : 1570 places de SESSAD pour troubles du comportement sont programmées dans les PRIAC.</li> </ul>
<b>Les moyens existants</b>	<p>350 ITEP, 15 000 places installées ; coût assurance maladie 620 M€</p> <p>4400 places de SESSAD spécialisés parmi les 30 346 places de SESSAD coût assurance maladie 82.7M€ inclus dans le coût total des SESSAD</p> <p>(Sources DREES-STATISS 2007- FINESS-CNAM/ CNSA previsions 2007)</p>

<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire les inégalités territoriales en termes de réponses à apporter aux enfants et adolescents présentant des troubles du comportement, par la création de places en ITEP et de places de SESSAD dans les départements et régions les moins bien équipés, en articulation avec la psychiatrie infanto juvénile, l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse et la protection de l'enfance (Conseil général) ;</li> <li>- Poursuivre la mise en conformité des ITEP selon les dispositions du décret du 6 janvier 2005 relatif aux conditions de fonctionnement et au regard de la circulaire du 14 avril 2007.</li> </ul>
<b>Les mesures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de 1550 places d'ITEP (+ 10%) ;</li> <li>- Réserver 20% des places nouvelles de SESSAD pour les troubles du comportement (cf. fiche soutien scolarisation) soit 1450 places de SESSAD spécialisés (+ 33%) ;</li> <li>- Renforcer les moyens en personnel des ITEP pour se mettre en conformité avec le décret de 2005</li> </ul>
<b>La cohérence avec les autres politiques publiques</b>	<p>L'accompagnement des troubles du comportement s'inscrit dans le cadre du plan santé mental.</p> <p>Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance</p>
<b>Le coût</b>	<p><b>75,65 M€ pour la création de places d'ITEP</b></p> <p>25,4 M€ pour la création de places SESSAD spécialisés sur les 126.92M€ prévus pour les SESSAD</p> <p><b>10 à 15M€ pour le renforcement de personnel</b></p>
<b>Le Calendrier</b>	2008-2012 pour l'autorisation des places nouvelles, 2008-2014 pour l'installation
<b>Les indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution des écarts interrégionaux et interdépartementaux d'équipement (source : fichier FINESS)</li> <li>- Evolution de l'encadrement à partir des indicateurs médico-sociaux et des données des budgets exécutoires (BE) et comptes administratifs-(CA)</li> </ul>
<b>Actions d'accompagnement</b>	Accompagner les projets innovants mettant en œuvre des partenariats entre la psychiatrie, la protection judiciaire de la jeunesse, les conseils généraux.

## FICHE 7

<b>Intitulé</b>	<b>APPUI À LA PRISE EN CHARGE DES HANDICAPS RARES ET DES SITUATIONS COMPLEXES</b>
-----------------	---

<b>Constat</b>	<p>Le handicap rare a été défini, dans le CASF, au regard de deux critères croisés : un taux de prévalence très bas de 1/10000 et une conjonction d'incapacités nécessitant des techniques particulières de prise en charge (ex : surdi-cécité, multihandicap et malvoyance...). Il se distingue du polyhandicap, non rare, et de la maladie rare, qui ne relève pas nécessairement de protocoles spécifiques.</p> <p>En 1998, 3 centres de ressources nationaux expérimentaux ont été créés : à Poitiers (pour les sourds aveugles ; à Loos-les-Lille, pour les aveugles multi-handicapés ; à Paris, pour les sourds multi-handicapés et les dysphasiques graves, ce qui couvre les grandes catégories de personnes, à l'exception des personnes ayant des incapacités consécutives à une affection chronique grave et le plus souvent évolutive).</p> <p>Après 10 ans d'activité, à moyens constants, et avant réexamen de leur autorisation, l'évaluation externe des 3 centres, qui suivent environ 3000 personnes ayant un handicap rare, est nécessaire.</p> <p>La loi prévoit en outre un schéma national des handicaps rares, qui doit être proposé par la CNSA au Ministre.</p> <p>La rareté des situations, la complexité des interventions professionnelles, l'évolutivité des incapacités requièrent des expertises plurielles dont il faut garantir l'accessibilité au niveau national, dans la mesure où elles ne peuvent être disponibles partout en proximité.</p> <p>Pour certains, l'admission en établissement avec des projets de vie adaptés et des moyens renforcés est attendue et rencontre des difficultés, par méconnaissance ou craintes, au regard de la lourdeur des prises en charge.</p> <p>Les travaux en cours devront préciser les objectifs de renforcement, de mise en réseau, leur lien avec les MDPH, et l'accessibilité aux compétences et savoirs professionnels, y compris en terme de formation et de recherche.</p>
----------------	--

<b>Les moyens existants</b>	Fonctionnement des 3 Centres ressources nationaux : 2M€
-----------------------------	---

<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux connaître les besoins, les incapacités des personnes présentant un handicap rare ;</li> <li>- Améliorer l'accompagnement adapté sur l'ensemble du territoire, en renforçant le transfert des connaissances et l'accès à des expertises rares y compris les MDPH ;</li> <li>- Appuyer les professionnels et ESMS non spécialisés ;</li> <li>- Compléter les réponses institutionnelles par grand territoire.</li> </ul>
------------------	---

<b>Les mesures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des 3 centres ressources par l'ANESM en 2008 ;</li> <li>- Préparation du schéma national Handicap rare par la CNSA pour le 2ème semestre 2008 ;</li> <li>- Structuration interrégionale par étape à 3 ans ;</li> <li>- Renforcement des capacités d'accompagnement (établissements et services), en fonction du diagnostic national.</li> </ul>
--------------------	---

<b>La cohérence avec les autres politiques publiques</b>	Plan maladies chroniques Plan maladies rares Plan périnatalité-action précoce  Plan métiers Formation Recherche
--	---

<b>Le coût</b>	<b>10 millions € (Assurance maladie)</b>
----------------	--

<b>Le Calendrier</b>	2009-2012 (2008 pour l'évaluation des centres ressources et le schéma national)
----------------------	---

<b>Les indicateurs</b>	Couverture géographique Nombre d'établissements et services en réseau Nombre de professionnels formés
------------------------	---

<b>Actions d'accompagnement</b>	A déterminer à partir du schéma national
---------------------------------	--

## FICHE 8

<b>Intitulé</b>	<b>Accompagner la recomposition et la restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le secteur du handicap</b>
<b>Constat</b>	<p>Héritier d'une longue tradition associative et émiétté entre une multitude de petites structures (plus de 32 000 établissements et services), le secteur social et médico-social est longtemps resté plus attentif aux besoins sociaux à satisfaire qu'à la recherche de l'optimisation financière ou de la gestion rigoureuse des deniers publics, d'où sa faible préoccupation en matière de connaissance de la constitution de ses coûts.</p> <p>L'accroissement du nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le secteur du handicap a entraîné le développement de plusieurs centaines associations gestionnaires ayant entre 300 et 1000 salariés et gérant une vingtaine d'établissements et service.</p> <p>Force est de constater que toutes ces associations n'ont pas les moyens d'une gestion efficiente, (dispersion des établissements, mutualisation embryonnaire, tarification favorisant l'analyse budgétaire par « unité d'œuvre » au détriment d'une analyse global des moyens d'un gestionnaire).</p> <p>Il apparaît important de prévenir des crises financières et institutionnelles dans ces associations en leur permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de mieux gérer l'information ;</li> <li>- d'avoir un vrai contrôle de gestion et des capacités d'audit interne ;</li> <li>- de renforcer leur gestion des ressources humaines.</li> </ul>
<b>Les moyens existants</b>	<p>La pluriannualité budgétaire, via un processus contractuel, a été récemment confortée pour permettre sa mise en œuvre sur un ensemble d'établissements et de services ayant la même personne morale gestionnaire et ayant les mêmes financeurs.</p> <p>Le processus précité structure la discussion budgétaire entre tarificateur et gestionnaire sur d'éventuels moyens complémentaires en conditionnant ceux-ci à une analyse des mutualisations potentielles de moyens ou des redéploiements. L'objectif recherché est de mettre à profit cette mutualisation pour « redistribuer » en interne lesdits moyens aux établissements en fonction des besoins identifiés par leurs responsables.</p> <p>Ce procédé permet de décupler l'effet des crédits de rebasage en les ciblant sur les gestionnaires dont les moyens globaux ne permettent pas ou peu de redéploiements.</p> <p>Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et groupements de coopération social et médico-social (GCSMS) constituent les outils privilégiés de cette politique.</p>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>les apports d'une contractualisation pluriannuelle et pluri-établissements et services</b></li> </ul> <p>Outre la rationalisation de la gestion budgétaire, le développement de la contractualisation doit permettre de réaliser divers objectifs partagés par l'autorité de tarification et le gestionnaire, notamment et ce de manière ni cumulative, ni exhaustive :</p>

- La remise à niveau des établissements en difficulté ;
- La mutualisation et la globalisation des moyens ;
- Le retour à l'équilibre et l'apurement des déficits opposables aux financeurs sur la période de la convention ;
- Le redéploiement des GVT négatifs au profit de mesures nouvelles dans des établissements et services prioritaires en matière de politiques publiques ;
- La convergence tarifaire départementale entre établissements et services ;
- La convergence tarifaire interne aux établissements de l'organisme gestionnaire par redéploiement de moyens entre établissements ou services appartenant au même groupe homogène d'établissements : Celle-ci doit profiter aux établissements ou services qui sont mal dotés par rapport aux autres établissements similaires du département ou de la région (objectivation des écarts par les indicateurs physico-financiers).
- La participation à des formules de coopération entre établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- La mobilité des personnels et une meilleure organisation des parcours professionnels au sein de l'organisme gestionnaire ;
- La création de nouveaux établissements et services ;
- L'application plus souple des principes d'affectation des résultats dans le respect du cadre fixé par l'article R.314-51 du CASF ;
- L'inscription dans les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) mis en œuvre par la CNSA.

- **De nouveaux modes de relations entre les gestionnaires et les autorités de tarification**

La procédure budgétaire annuelle contradictoire est remplacée, d'une part, par l'élaboration en amont de cette convention et, d'autre part par un dialogue de gestion tous les 12 à 18 mois. Ce dialogue de gestion doit notamment porter sur la réalisation des objectifs et les ajustements nécessaires.

Une seule dotation globalisée commune aux établissements et aux services entrant dans le champ de cette convention et relevant de la même enveloppe financière est désormais fixée.

Pour autant, il ne s'agit que de montants prévisionnels. En cours d'exercice, dans le cadre de la réalisation des objectifs de la convention, le gestionnaire peut procéder librement à tous les virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels des établissements et services.

Toujours dans le cadre de la réalisation des objectifs de la convention, le gestionnaire peut procéder librement en cours d'exercice à des décisions budgétaires modificatives concomitantes en dépenses et en recettes entre tous les établissements et les services du champ de la convention.

Le siège social agréé et autorisé doit aussi être inclus dans le champ de cette convention.

Les sièges sociaux associatifs autorisés ne peuvent qu'avoir un rôle important dans cette démarche. Le renouvellement des autorisations de siège social peut donc être l'occasion d'impulser cette évolution et de mettre en adéquation les moyens de ces derniers avec la participation à cette démarche.

Cette démarche ne sera pas sans incidence sur la « gouvernance » des associations gestionnaires qui devront davantage fonctionner en équipe de direction inter-établissements et services. Pour celles qui ont un siège social agréé, le document relatif aux délégations de compétence entre administrateurs, direction générale et directeurs d'établissements et services devrait être une des composantes majeures du dossier constitutif de la convention.



<b>Les mesures</b>	<p>L'audit de productivité IGAS-IGF sur le ministère a souligné le caractère prometteur des CPOM et incite fortement à adopter un schéma de montée en charge ambitieux puisque ces outils sont susceptibles d'importants gains de productivité pour les autorités de tarification qui doivent se recentrer sur leurs autres missions.</p> <p>Aussi, il convient d'être plus incitatif et volontariste en matière de CPOM de façon à faire entrer dans ce nouveau mode de régulation tous les gestionnaires ayant dépassé certains seuils en termes de nombre de salariés, de capacités d'accueil, de montant de leurs produits de la tarification administrée.</p> <p>Ces dispositions sont susceptibles de permettre une montée en charge des CPOM sur les 5 prochaines années ce qui donne le temps nécessaire aux gestionnaires comme aux autorités de tarification d'adapter leurs métiers à ce nouveau mode de régulation pour la contractualisation.</p>
--------------------	--

<b>La cohérence avec les autres politiques publiques</b>	
--	--

<b>Le coût</b>	30 millions d'euros pendant la durée du plan pour aider à la contractualisation en permettant le retour à l'équilibre des établissements en difficulté et en renforçant les sièges sociaux de ces associations.
----------------	---

<b>Le Calendrier</b>	2008-2012
----------------------	-----------

<b>Les indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de CPOM conclu et périmètre financiers de ces CPOM</li> <li>- nombre de GCSMS conclu et périmètre financiers de ces GCSMS</li> </ul>
------------------------	--

<b>Actions d'accompagnement</b>	Formations des autorités de tarification et des gestionnaires
---------------------------------	---

## Annexe-1- Les éléments explicatifs de chiffrage du programme pluri annuel de créations de places

### 1) Le chiffrage en nombre de places :

#### 1.1 Le chiffrage des places a été établi à partir des éléments suivants :

- **Les besoins estimés :**

Pour les enfants = nombre total de places autorisées et financées jusqu'en 2007 - {capacités existantes + listes d'attente + rattrapages territoriaux - amendements Creton}

Pour les adultes = nombre total de places autorisées et financées jusqu'en 2007 - {capacités existantes + listes d'attente + rattrapages territoriaux+ amendements Creton + jeunes de 16 ans à 20 ans actuellement en structures pour enfants}

- **La programmation des PRIAC 2008-2011**

#### Sur le secteur de l'enfance

	Places autorisées + places 2007 notifiées	Jeunes pris en charge dans les établissements en 2006 (1)	Besoins estimés 2006 en incluant les listes d'attente et en déduisant les adultes »cret on orientés MAS-FAM	Effet des rattrapages territoriaux	Effets de l'arrivée des nouvelles classes d'âge et des objectifs de scolarisation1)	Ecart places autorisées et le besoin estimé fin 2006	Programmation prévisionnelle PRIAC 2007-2011	Proposition de programmation 2008-2012
Déficients intellectuels							1427	1000
<i>Autisme</i>	68931	65298	4029	1235	2000	-3631	1805	1500
Polyhandicapés	8336	7458	734	360	200	-416	932	700
Itep	16647	15372	1659	1250	500	-2134	1728	1550
Accueil temporaire							162	250
<b>Total établissements</b>	<b>93914</b>	<b>88128</b>	<b>6422</b>	<b>2845</b>	<b>2700</b>	<b>-6181</b>	<b>6054</b>	<b>5000</b>
SESSAD	32238	29248	6470	850	8000	-12330	9803	7250
<b>Total</b>	<b>126152</b>	<b>117376</b>	<b>12892</b>	<b>3695</b>	<b>10700</b>	<b>-18511</b>	<b>15857</b>	<b>12250</b>

#### 1.2 Commentaires :

La programmation est inscrite dans une démarche de l'évolution de l'ONDAM soutenable de moyen terme (5,2 % en moyenne par an pendant 5 ans).

Les écarts territoriaux d'équipement traduisent une inégalité dans l'accès aux services dans le département du domicile ou limitrophe, qui justifie un effort particulier ciblé à la fois sur la poursuite de l'effort de scolarisation des enfants et sur le renforcement de l'offre destinée aux enfants et aux adultes les plus lourdement handicapés. C'est pourquoi, la programmation tient compte du rattrapage territorial, en sus des listes d'attente, car les orientations sont majoritairement tributaires de l'offre existante en proximité.

➤ **SECTEUR ENFANTS**

• **Pour les établissements :**

L'effet de l'arrivée des nouvelles classes d'âge (0-6 ans) a été estimé à partir des différents indicateurs disponibles à 3% de la population accueillie soit 2700 enfants).

## **ITEP**

La programmation des PRIAC (1.728 places) est en cohérence avec l'estimation des besoins qui découle de l'addition des listes d'attentes connues (1.658 places) et du chiffrage issu de la modélisation des rattrapages territoriaux (1.250 places)<sup>4</sup>. Les écarts de taux d'équipement en ITEP se situent de 1 à 7 selon les départements.

Au regard de ces données, la proposition s'établit à 1.550 places soit 300 places/an pendant 4 ans de 2008 à 2011 (chiffre qui correspond au doublement du rythme de consommation actuel : 120 places/an) puis à 350 places en 2012.

Ce rythme différencié de programmation s'explique par la nécessité de concevoir le renforcement des ITEP en lien avec la pédopsychiatrie et la PJJ et en articulation avec la poursuite du développement des SESSAD TCC.

## **SESSAD**

Le rythme des programmations antérieures s'établissait à 1.250 places /an.

Il convient de poursuivre et d'intensifier cet effort au regard de l'estimation de besoins non couverts, incluant les listes d'attente (6.470 places) et les rattrapages territoriaux (850 places), à laquelle doivent être ajoutées l'arrivée des classes d'âge sur la période et l'incidence de l'allongement des durées de prise en charge (qui s'élève à +8% de 2003 à 2005).

Les effets des objectifs Education Nationale d'enfants handicapés scolarisés (1.4% d'une classe d'âge pour le 1<sup>er</sup> degré et 2% d'une classe d'âge pour le 2<sup>ème</sup> degré induit une évolution de 20% environ du nombre des enfants et adolescents scolarisés, cette progression a été appliquée pour les SESSAD auxquels a été ajouté l'impact de l'arrivée des classes d'âge.

De ce fait le besoin est estimé à 12 330 places, dont 5000 devraient être créées par redéploiement de places d'IME.

La simple reconduction de l'effort actuel sur cinq ans correspond ainsi à 6.250 places sur 5 ans.

La proposition de 7.250 places prend en compte, en sus, le besoin exprimé dans les PRIAC sur les déficiences sensorielles et motrices (667 places) qui ne font pas l'objet de programmations spécifiques, ainsi que les besoins restés non couverts de la déficience intellectuelle. L'ensemble a été estimé à 1.000 places sur la période.

## **Polyhandicap**

Le besoin non couvert à ce jour ne se chiffrerait, sur la base des listes d'attente (731 places) et des rattrapages territoriaux (360 places), qu'à 216 places supplémentaires apparentes. Celles-ci sont toutefois à majorer par l'arrivée des classes d'âge et l'allongement des durées de séjours, particulièrement élevé pour ce type de handicap.

Sur des handicaps très ciblés comme ceux-ci, l'observatoire régional qu'est le PRIAC renvoie une image d'expertise locale dont il paraît important de tenir compte (demande cumulée de 932 places sur cinq ans).

Un simple prolongement des programmations antérieures (180 places par an) aboutit d'ailleurs au chiffre convergent de 900 places.

Ce chiffre pourrait donc être retenu. Mais il est proposé, dans la même enveloppe globale, de privilégier une augmentation du coût à la place, qui est actuellement sous estimé, en le passant de 41 000 € à 52 000 €. D'où l'objectif réajusté de 700 places.

## **Autisme**

La demande PRIAC (3.232 places) en ce qui concerne l'autisme et la déficience intellectuelle est corroborée par les estimations des besoins reposant sur les listes d'attente (5.122 places) et l'appréciation des rattrapages territoriaux (1.235 places).

Les plans précédents sur l'autisme ont été bâtis sur un rythme de 250 places par an soit 1.250 sur 5 ans, qu'il est nécessaire d'accélérer tout en tenant compte (s'agissant du rythme de création) de la capacité à réaliser : c'est pourquoi la programmation s'élève à 1.500 places sur 5 ans, sachant que cet objectif par le biais des requalifications de places existantes pourra être dépassé.

---

<sup>4</sup> Cf. Sur ce point les tableaux figurant dans la note du 4 juin 2007

## Déficience intellectuelle <sup>5</sup>

La prise en charge en établissements de la déficience intellectuelle n'a pas fait l'objet ces dernières années d'une programmation nationale, ce secteur étant marqué par une transformation des établissements existants en SESSAD, dynamique qui va se poursuivre sur la période 2008-2012. Cependant, quelques régions sont en sous -équipement historique (dont l'île de France, PACA, Rhône Alpes et DOM). C'est pourquoi la proposition (1000 places) consiste à ne reprendre que les demandes PRIAC des 3 régions métropolitaines prioritaires et les DOM0

- **Autres types d'accompagnement dont les objectifs physiques ne sont peu pas quantifiables en places**

### CAMSP- CMPP

La proposition prolonge les programmations 2005 -2007 avec un effort particulier sur les CAMSP.

Elle est en cohérence avec la programmation PRIAC qui prévoit des développements de CAMSP (34,3M€) dans 22 régions et de CMPP (20.480€) dans 19 régions. Elle a pour objectif d'améliorer le taux de recours à l'accompagnement précoce.

Cette programmation est cohérente avec les données d'enquête qui montrent que seulement un tiers des enfants dont le handicap est repéré avant ou à la naissance ont pu avoir accès à un CAMSP à un moment de leur parcours<sup>6</sup>.

### Centres de ressources

Le montant proposé reconduit sur 5 ans le montant 2007 (2 M€) en vue de la consolidation et du développement des centres existants (autisme et maladies rares).

## ➤ SECTEUR ADULTES

Structures	Places autorisées + places 2007 notifiées	Adultes pris en charge dans les établissements en 2006 (1)	Besoins estimés en incluant les adultes « Creton » et les jeunes en IME de plus de 16 ans orientés MAS-FAM et 50% de la listes d'attente	Effet de la prise en compte du handicap psychique et des personnes handicapées vieillissantes à domicile	Effet des rattrapages territoriaux	Effet de l'allongement des durées de séjours	Ecart places autorisées et le besoin estimé fin 2006	Programation prévisionnelle PRIAC 2007-2011	Proposition de programmation 2008-2012
<b>MAS</b>	23 000	18 530						6645	4550
<b>FAM</b>	18 000	12 751	9 500	6000	1235	6000	-13 016	8592	8450
<b>Foyer de vie à médicaliser</b> (estimation des plus de 55 ans hébergés dans les foyers de vie)		5 000					-5 000		2500
<b>Accueil temporaire</b>								505	800
<b>Total établissement</b>	<b>41 000</b>	<b>36 281</b>	<b>9 500</b>	<b>6 000</b>	<b>1 235</b>	<b>6 000</b>	<b>-18 016</b>	<b>15 742</b>	<b>16300</b>
<b>SAMSAH SSIAD</b>	<b>3 815</b>	1901						<b>10102</b>	<b>12900</b>
<b>Total</b>	44 815	38 182	9 500	6 000	1 235	6 000	-18 016	25 844	29 200

<sup>5</sup> les places accueillant des jeunes autistes ne sont pas identifiées dans STATISS mais comprises dans la capacité pour déficients intellectuels)

<sup>6</sup> DREES Etudes et résultats « les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue

## **MAS/FAM**

La proposition de 13.000 places résulte de la confrontation convergente :

- de la programmation PRIAC (14.862 places)
- de l'estimation autonome des besoins sur la base des listes d'attente (à 50 %) -soit  $10000/2= 5000$  -et des jeunes bénéficiant de l'amendement Creton orientés MAS-FAM (1900 places), de l'arrivée des 16- 19 ans actuellement en IME (34% des jeunes actuellement accueillis soit environ 25000 jeunes) susceptibles d'être orientés MAS-FAM (10%) 2500 ;
- de l'effet de l'allongement des durées de séjour (20%) ;
- de l'hypothèse de reconduction sur cinq ans de la programmation quinquennale antérieure (12.500 places) ;

La répartition envisagée entre MAS (35%) et FAM (65%) s'appuie sur la dynamique constatée dans le bilan de réalisation des plans, dans la dernière période.

Le fléchage indicatif de ces places pour certains publics basé sur la programmation PRIAC :

- 2000 places autisme ;
- 2600 places polyhandicap ;
- 350 places Traumatisés crâniens ;
- 2000 places handicap psychique.

Cette programmation devrait prioritairement s'adresser aux personnes handicapées psychiques sans solution et contribuer à titre complémentaire à l'adaptation des réponses médico-sociales pour les personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie, qui en relèvent en complément des transformations issues du secteur sanitaire (pour mémoire le nombre de personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie relevant de réponses sociales et médico-sociales est estimé à 12000 dans le plan santé mentale).

### **Médicalisation de foyers de vie (vieillesse des personnes handicapées)**

Les besoins ont été chiffrés à 5.000 places à partir des enquêtes sur le nombre de personnes de plus de 55 ans hébergées en foyers de vie (12,5% des 40 000 places installées).

La médicalisation des Foyers de vie relevant de la compétence conjointe des conseils généraux, la proposition est établie sur 2.500 places.

Il faut noter que cette démarche de médicalisation est amorcée dans les PRIAC.

### **SAMSAH- SSIAD**

La programmation PRIAC comprend 10102 places de SAMSAH et de SSIAD.

Cette estimation des besoins est corroborée par les données épidémiologiques<sup>7</sup> : 6% des personnes handicapées vieillissantes, soit 40 à 50 000 personnes, vivent à domicile sans accompagnement médicalisé avec un aidant dont l'âge moyen est d'au moins 75 ans<sup>2</sup>.

La simple prolongation des plans actuels se chiffrerait à 10.000 places (2.500 places par an).

En raison de la montée en charge progressive des ces équipements nouveaux, il est proposé de commencer par une programmation inférieure à cette moyenne (2.100 places par an pendant deux ans), et de compenser cela sur les trois dernières années (2.900 places par an pendant trois ans), soit un total de 12.900 places sur cinq ans

---

<sup>7</sup> Source : DREES Etudes et résultats « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID »

## 2) 2 Estimation des coûts à la place

Coûts par type de structure	Coût moyen de référence des plans nationaux - ONDAM 2008	Coût moyen issu des remontées PRIAC 2008-2011 (hors transformation)	Coût moyen issu du suivi des plans au 1er semestre 2006 (sur crédits 2006)	Coût moyen issu des CA 2005 hors crédits non reconductibles
SESSAD	16 895	18 122	15 818	15 653
ITEP	47 000	50 190	39 931	41 925
POLYHANDICAP ENFANTS	50 200	57 418	47 354	65 993
AUTISME ENFANTS EN IME	50 000	53 010	43 313	43 377
MAS	68 155	70 866	68 494	66 381
FAM	25 558	24 016	22 400	20 397
SAMSAH-SSIAD (1)	13 283	13 204	11 675	11 231

## Annexe 2- Données chiffrées

### I. - Les données démographiques

#### ➤ Les évolutions démographiques de la population générale

#### Les prévisions de l'INSEE élaborées en 1999 pour la période 2000-2030

Population par groupe d'âge (prévisions INSEE de 1999-scénario central)								
en nombre								
	Population totale	Evol % 2007/2012	Moins de 6 ans	Evol % 2007/2012	Moins de 20 ans	Evol % 2007/2012	20 ans à 59 ans	Evol % 2007/2012
<b>France métropolitaine et Dom*</b>								
2007	62 328 303		4 466 650		15 309 770		33 721 340	
2008	62 572 556		4 435 788		15 255 745		33 657 861	
2009	62 810 458		4 407 878		15 198 672		33 585 849	
2010	63 042 324		4 383 495		15 141 375		33 513 110	
2011	63 268 325		4 362 863		15 086 467		33 432 403	
2012	63 488 443	1.86%	4 345 684	-2,7%	15 036 583	-1.78%	33 376 577	-2,2%

#### Les données issues des différents recensements 2000-2006

Population par groupe d'âge (données issues des recensements)				
	Population totale	Moins de 6 ans	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans
<b>France métropolitaine et Dom*</b>				
2007	63 392 140	4 818 650	15 836 109	34 189 739

A l'horizon 2011, les tranches d'âge de référence (0-6 ans, 0-19 ans ; 20-59 ans) devraient connaître, en population générale, un tassement par rapport aux données du recensement 2006 qui sont en forte progression au regard des projections élaborées en 1999 par l'INSEE.

#### ➤ Les évolutions démographiques de la population handicapée accueillie dans les structures ou les services

En 2001, 130 000 enfants étaient pris en charge par les établissements et services médico-sociaux, hors CAMSP et CMPP, soit 0.83 % des moins de 20 ans. En 2006, ce chiffre peut être estimé à 135 000 en se référant à la capacité globale installée. Il représente 0.85% des moins de 20 ans en 2006.

L'évolution de la pyramide des âges des personnes accueillies ou suivies par un établissement ou un service témoigne de l'augmentation du poids relatif des tranches d'âges les plus élevées soit les 11-19 ans pour les enfants et les plus de 45 ans pour les adultes. (Estimation de l'évolution de la pyramide des âges des personnes accueillies dans les établissements et service - enquête ES 2001 – DREES / indicateurs médico-sociaux 2003-2005 - DGAS)

#### Etablissements et services pour enfants

Répartition de la population par âge	0-10 ans		11-19 ans		20-29 ans	
	SESSAD	IME	SESSAD	IME	SESSAD	IME
2001	59%	18.7%*	40.2%	76.3%*	1.1%	5%*
2003	54%	20.60%	45%	72%	1	7.4%
2005	51%	16.8%	48%	74.5%	1.12	8.4%
Evolution 2005/2001	-13.55%	-10.16%	19.40%	-2.36%	1.81%	68%

\* IME pour déficients intellectuels

## MAS

Répartition de la population par âge	16-34	35-44	45-59	+60
2001	43.2%	30.9%	23%	3%
2003	40,1%	30.7%	26%	3.2%
2005	36.4%	30.5%	29.1%	4%
Evolution 2005/2001	-15.75%	-1.29%	26.5%	33%

## II. - L'évolution de l'offre

### ➤ Secteur de l'enfance, une transformation amorcée depuis plus de 15 ans

#### Evolution du nombre de places installées de 2001 à 2006

(au regard des données DREES -Statiss FINESS et bilan des plans (CNSA))

Places installées France entière	Données Statiss au 1/1		Données 2006 en places installées source FINESS (avril 2006)	Ecart 2001-2006	Places nouvelles financées et installées de 2001 à 2006
	2001	2005	2006		
Déficients intellectuels (YC autisme)*	70317	67773	67329	-2988	1530
<i>dont autisme</i>			2031	2031	1530
<i>légers sans troubles associés</i>			4405	4405	
<i>moyens sans troubles associés</i>			19320	19320	
Polyhandicapés	6326	7299	7458	1132	905
ITEP	15416	15167	15372	-44	157
Déficients moteurs dont Traumatisés crâniens	7157	6919	6908	-249	149
Déficients sensoriels	9865	9546	8487	-1378	
<b>Total institution</b>	<b>109081</b>	<b>106704</b>	<b>105554</b>	<b>-3527</b>	<b>2741</b>
SESSAD	20620	28369	29248	8628	7878
<b>Total</b>	<b>129701</b>	<b>135073</b>	<b>134802</b>	<b>5101</b>	<b>10619</b>

\*y compris troubles psy, épilepsie, et toutes def SAI

De 2001 à 2006, le nombre de places en institution enregistre une baisse globale de -6% en 5ans, atteignant -14% pour les déficiences sensorielles, - 7% pour les déficiences intellectuelles et -3% pour les déficiences motrices. En revanche les places de SESSAD connaissent un développement soutenu, +42% sur cette période, ce qui est supérieur au volume de places financées par les programmations couvrant cette période. Il en est de même pour l'autisme et le polyhandicap.

En conséquence on peut considérer que l'offre institutionnelle pour les déficiences intellectuelle, motrice et sensorielle, s'est redéployée vers les SESSAD, vers la requalification de places en direction de l'autisme et du polyhandicap et sans doute vers le secteur adulte.

En 2006 la requalification a concerné 38% des places créées sur 6 mois pour les autistes, 16% des places pour polyhandicap 25% des places d'ITEP et 7% des places de SESSAD.

Ce mouvement d'adaptation de l'offre institutionnelle devrait se poursuivre sans qu'on ne puisse en mesurer le volume ni le rythme.



➤ **Secteur adulte**

Adultes	Nombre de places installées - Données Statiss au 1/1		places installées source FINESS (avril 2006)	Ecart 2006-2001	Places nouvelles financées et installées de 2001 à 2006
	2001	2005	2006		
FAM	7819	10551	12751	4932	3899
MAS	14352	16508	18530	4178	2888
<b>ensemble</b>	<b>22171</b>	<b>27059</b>	<b>31281</b>	<b>9110</b>	<b>6787</b>
<b>SAMSAH</b>			1002	1002	1002
<b>SSIAD</b>			596	596	596
<i>Foyer de vie</i>	<i>34791</i>	<i>39010</i>	<i>40708</i>	<i>5917</i>	-

L'évolution du nombre de places installées de Mas et Fam enregistre une forte progression de près de 30% en 5 ans. Avec un écart de places supérieur au nombre de places nouvelles installées financées par les plans nationaux, Ce différentiel peut s'expliquer par l'accélération de la création de place FAM les créations financées par redéploiement et transfert d'enveloppes provenant du sanitaire (notamment sur le secteur de la psychiatrie), mais également par redéploiement des moyens du secteur de l'enfance.

Il est difficile d'évaluer les marges encore existantes de crédits sanitaires pouvant être redéployés sur le secteur médico-social, en fonction de la restructuration du secteur hospitalier et de la psychiatrie en particulier dont le recours par la population générale s'est accru dans un contexte d'inégalités territoriales en ressources médicales fortes.

A cette offre institutionnelle viennent s'ajouter les services émergents, SAMSAH et SSIAD, dont le rythme de mise en œuvre connaît des lenteurs.

### III. - Les facteurs de pression

➤ **Personnes en attente de placement ou jeunes adultes maintenus dans les établissements de l'enfance -(évolution 2002-2006)**

DEPARTEMENTS ET REGIONS	Jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON 2002	Jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON au 31 décembre 2003	Jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON au 31 décembre 2004	Jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON au 31 décembre 2006
<b>FRANCE ENTIERE</b>	<b>5038</b>	<b>4948</b>	<b>4836</b>	<b>4306</b>
Nombre de départements ayant répondu	89	92	96	71

Le nombre de jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants (dits amendement Creton) est resté stable et de l'ordre de 5000 personnes, malgré les créations de places de MAS ou FAM intervenues depuis plus de 5 ans. Ils sont majoritairement présents dans les établissements pour déficients intellectuels et pour polyhandicapés. Ils sont très peu présents dans les ITEP.

➤ **Répartition des jeunes en amendement Creton selon le type d'établissement dans lequel ils sont maintenus**

IME intellectuels	Déficients	Etablissements pour autistes	Etablissements pour polyhandicapés	IEM motrice	Déficiences	Autres dont ITEP et handicaps sensoriels
65%		4%	18%	4%		9%
2800		170	775	170		390

En 2006, Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ont prononcé 6000 décisions de maintien de jeunes adultes dans les établissements de l'enfance (DREES – études et résultats, juillet 2006)

La résorption du nombre des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton grâce au développement de l'offre pour les adultes (MAS/FAM ; FO ; ESAT) libère une offre correspondante pour les enfants, dont il sera tenu compte dans les prévisions.

#### ➤ **Les listes d'attente**

Les listes d'attente recensent entre 15000 et 17 000 enfants en attente de placement. Elles montrent une pression sur les SESSAD, mais également sur l'offre en établissement pour la déficience intellectuelle en y incluant l'autisme souvent mal identifié dans le fichier FINESS, les ITEP et le polyhandicap.

Sur le secteur adulte, le volume des listes d'attente est relativement stable entre 12 et 13 000 personnes en attente. De façon récente des listes d'attente apparaissent pour les SAMSAH, mais ne représentent encore que 3% de la demande. Les attentes de places de SSIAD ne sont pas répertoriées car elles ne sont pas soumises à une décision d'orientation.

### **IV. - Les remontées PRIAC 2007-2011**

La programmation prévisionnelle 2007-2011 comprend 16000 places pour le secteur de l'enfance dont 58% de places de SESSAD, 33% de places en institution (IME et IEM), 9% de places en ITEP. (Hors prévention et prise en charge précoce (CAMSP, CMPP, centres de ressources) dont la programmation n'est pas exprimée en places)

Sur le secteur adulte, la programmation prévisionnelle est estimée à 25 700 places dont 58% de places de MAS-FAM (45% MAS et 55% FAM) et 38 % de places de SAMSAH SSIAD (50% SAMSAH-50% SSIAD) et 4% de places pour autres structures dont CRP-CPO.

### **V. - Les inégalités territoriales**

#### ➤ **Sur le secteur du handicap**

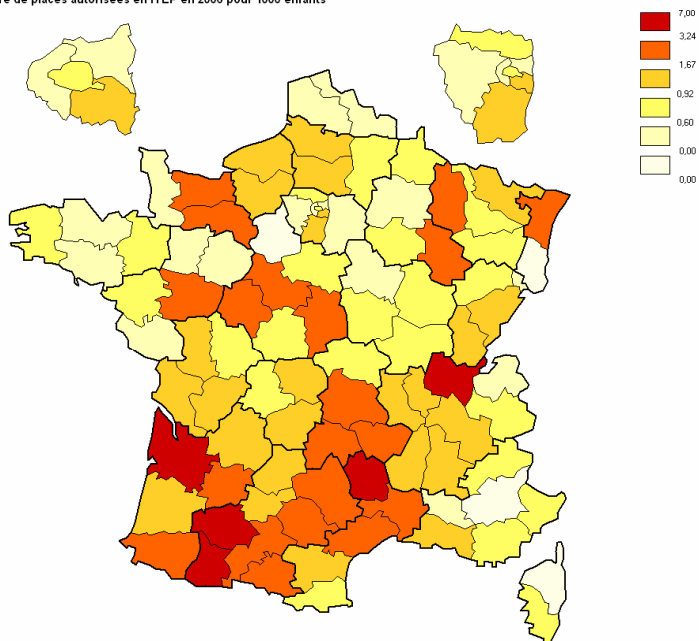
Pour les adultes : des écarts de taux d'équipement (MAS-FAM-SSIAD-SAMSAH) vont de 1 à 3 en France métropolitaine et de 1 à 7,6 en incluant les DOM)

Sur le secteur de l'enfance, les écarts régionaux vont de 1 à 2,3.

Certaines régions et départements connaissent un sous équipement historique, notamment sur la déficience intellectuelle ou l'accompagnement des troubles du comportement.

## Intituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques – ITEP Taux d'équipement (en places autorisées) départementaux 2006

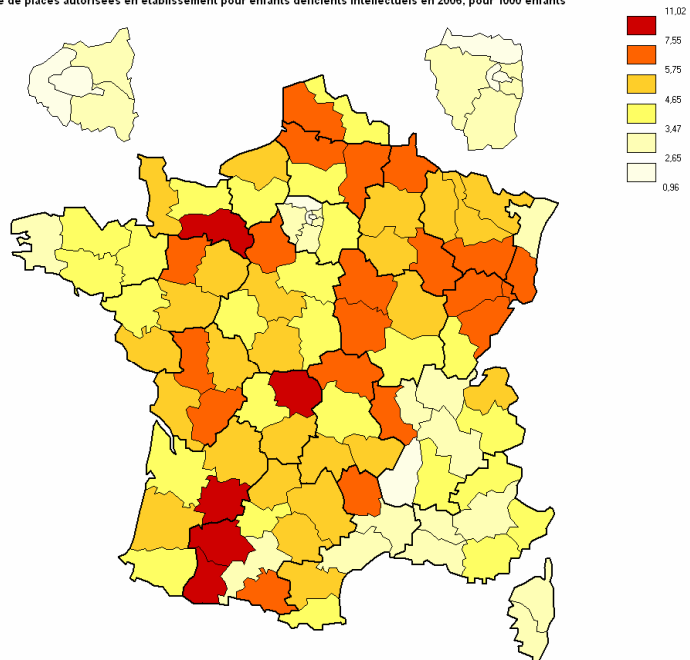
Nombre de places autorisées en ITEP en 2006 pour 1000 enfants



CNSA - CR

## Intituts médico-éducatifs – IME Taux d'équipement (en places autorisées) départementaux

Nombre de places autorisées en établissement pour enfants déficients intellectuels en 2006, pour 1000 enfants



CNSA - CR

### Annexe 3 – Sources utilisées

- PRIAC 2007-2011- exploitation CNSA
- Enquête semestrielle PA/PH résultats au 30-06-2006 (Bilan des plans, projets en attente de financement, listes d'attente et amendements Creton-CNSA-
- FINESS
- STATISS – DREES
- Indicateurs médico sociaux 2005-MAS-IME-SESSAD (DGAS)
- Données démographiques 2000-2015 – INSEE
- Etudes et données de la DREES :
  - Données enquête ES 2001
  - Le handicap en chiffres (février 2004)
  - Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue –mars 2007
  - La scolarisation des enfants et adolescents handicapés
  - Trajectoire des enfants passés en CDES 2004-2005
  - Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID
- Rapport IGAS sur l'évaluation en MAS et FAM 2003
- Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie- Une revue de littérature- Bernard Azéma- Nathalie Martinez CREAL Languedoc Roussillon
- Rapport- L'enfant et l'adolescent un enjeu de société ; une priorité du système de santé - Pr Danielle SOMMELET
  
- Plan Périnatalité 2005-2007
- Plan maladies Chroniques
- Plan santé mentale 2005-2008

## Annexe 4 – Glossaire(1)

- **Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** interviennent auprès des 0-6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales.

Financement assurance maladie et conseil général- tarification : dotation globale

- **Les Centres médico-psychologiques (CMPP)** assurent, pour les 3-18 ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuropsychologiques ou du comportement sous autorité médicale.

Financement assurance maladie- tarification à l'acte (séances)

- **Les services d'éducation spéciale (SESSAD)**, spécialisés par handicap, assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux moins de 20 ans, en liaison avec les familles.

Financement assurance maladie : tarification : dotation globale

- **Les Instituts médico-éducatifs (IME)**

Ils accueillent en internat ou externat des enfants et adolescents déficients intellectuels ou autistes quel que soit le degré de déficience.

Financement assurance maladie. Tarification prix de journée.

- **Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)**

Ils accueillent des jeunes dont les troubles du comportement perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Financement assurance maladie- Tarification : prix de journée

- **Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM)**

Ils ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées dont la dépendance totale ou partielle nécessite le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants.

Financement Conseil général et assurance maladie – tarification prix de journée pour le Conseil général ; forfait journalier pour l'assurance maladie

- **Les Maisons d'accueil spécialisés (MAS)**

Elles reçoivent des personnes ne pouvant effectuer seules les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants mais non intensifs.

Financement assurance maladie ; tarification Prix de journée

- **Les Foyers de vie ou foyers occupationnels**

Ils accueillent, à la journée ou à temps complet, des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

Financement Conseil général- Tarification Prix de journée

- **Les Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH)**

Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

Financement Assurance maladie et Conseil général

Tarification : forfait annuel de soins pour l'assurance maladie et Prix de journée pour le conseil général selon les modalités prévues pour les SAVS. Ce tarif peut être globalisé et versé mensuellement à terme échu.

(1) Source : Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité