Annexes 2010

Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 Budgets
- Budget rectifié 2011 02
- Budget exécuté 2010 04

ANNEXE 2 Avis du Conseil scientifique au Conseil de la CNSA 08

ANNEXE 3 Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH 11

ANNEXE 4 Actualisation des PRIAC, période 2010-20133 16

ANNEXE 5 Bilan d'exécution du plan d'aide à l'investissement (PAI 2010) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées 30

ANNEXE 6 Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2009 34

ANNEXE 7 Liste des projets d'études, de recherches et actions innovantes financés en 2010 46

Annexe 1 – Budgets

Budget rectifié 2011 (Conseil du 12 avril 2011)

Compte de résultat prévisionnel en M€

Source : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	17 126,3
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	**8 533,1**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 481,1
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0
▪ Agence nationale d'évaluation des ets et services médico-sociaux (ANESM)	0,8
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Opérations diverses	23,7
▪ Excédent	0,0
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	**8 593,2**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 549,5
▪ Financement du déploiement de 35 MAIA supplémentaires	12,2
▪ Agence nationale d'évaluation des ets et services médico-sociaux (ANESM)	1,5
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Opérations diverses	29,4
▪ Excédent	0,0
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 623,9
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 584,7
▪ Congé de soutien familial	0,5
▪ Opérations diverses	38,7
« Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées »	607,7
▪ Concours versés aux départements (PCH)	523,6
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	5,4
▪ Congé de soutien familial	0,5
▪ Opérations diverses	18,3
« Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »	86,1
« Sous-section 1 Personnes âgées »	**70,8**
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	69,1
▪ Opérations diverses	1,7
▪ Plan métier	0,0
▪ Excédent	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	17 126,3
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	**8 533,1**
▪ Contribution solidarité autonomie (12 % CSA)	278,2
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 229,8
▪ Déficit	25,1
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	**8 593,2**
▪ Contribution solidarité autonomie (38 % CSA)	880,8
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 588,9
▪ Déficit	123,4
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 623,9
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	463,6
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 087,8
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,6
▪ Produits financiers	5,0
« Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées »	607,7
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	602,7
▪ Produits financiers	5,0
« Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »	86,1
« Sous-section 1 Personnes âgées »	**70,8**
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	57,3
▪ Déficit	13,5

CHARGES	Crédits ouverts
« Sous-section 2 Personnes handicapées »	**15,3**
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	15,3
▪ Excédent	0,0
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	**391,2**
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	**271,9**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Plan Alzheimer – expérimentation MAIA	5,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2010 »	190,0
▪ PAI 2011 (avec reprise solde 2010)	66,9
▪ Excédent	0,0
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	**119,4**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2010 »	63,0
▪ PAI 2011	46,4
▪ Excédent	0,0
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	**17,3**
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,0
▪ Dépenses de personnel/CNSA	8,8
▪ Excédent	0,4
Total des charges du compte prévisionnel	**19 802,9**
Résultat prévisionnel (excédent)	**0,0**
Total équilibre du compte	**19 802,9**
*** Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG**	**15,0**
Total atténuation de recettes	**47,6**

PRODUITS	Crédits ouverts
« Sous-section 2 Personnes handicapées »	**15,3**
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Déficit	3,4
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	**391,2**
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	**271,9**
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA)	46,4
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	190,0
▪ Déficit	25,5
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	**119,4**
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA)	46,4
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	63,0
▪ Déficit	0,0
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	**17,3**
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de Caisse/CNSA	17,2
▪ Produit exceptionnel pour remboursement M. A. D.	0,1
Total des produits du compte prévisionnel	**19 612,4**
Résultat prévisionnel (déficit)	**190,5**
Total équilibre du compte	**19 802,9**

Budget exécuté 2010 (Conseil du 12 avril 2011)

Compte de résultat prévisionnel en M€

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	16 466,1	16 514,6
« Sous-Section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	**8 256,7**	**8 448,3**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 203,5	8 401,2
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	24,0
▪ Agence nationale d'évaluation des ets et services médico-sociaux (ANESM)	0,7	0,8
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Opérations diverses	23,5	21,7
▪ Excédent	4,5	0,0
« Sous-Section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	**8 209,4**	**8 066,3**
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 179,4	7 953,5
▪ Agence nationale d'évaluation des ets et services médico-sociaux (ANESM)	1,3	1,3
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Opérations diverses	28,3	27,2
▪ Excédent	–	83,7
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 571,4	1 573,6
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 549,7	1 536,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	21,2	37,4
« Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées »	594,8	596,4
▪ Concours versés aux départements (PCH)	506,3	501,9
▪ Concours versés aux départements (MDPH 2010)	60,0	60,0
▪ Régularisation concours versés aux départements (MDPH 2009)	–	5,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	10,7	11,5
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	17,4	17,9
« Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »	163,9	179,7
« Sous-section 1 Personnes âgées »	**149,0**	**158,8**
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	66,0	81,6
▪ Plan métier	7,0	0,4
▪ Fonds d'aide aux départements	75,0	75,0
▪ Opérations diverses	1,0	1,7
▪ Excédent	–	0,0
« Sous-section 2 Personnes handicapées »	**14,9**	**20,9**
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	20,5
▪ Plan métier	3,0	0,1
▪ Excédent		0,2

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	16 466,1	16 514,6
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	**8 256,7**	**8 448,3**
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	315,3	313,5
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 941,4	7 947,1
▪ Reprise provision ANESM	–	0,2
▪ Déficit	0,0	187,5
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	**8 209,4**	**8 066,3**
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	900,8	895,6
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 267,0	7 170,4
▪ Reprise provision ANESM	–	0,3
▪ Déficit	41,6	0,0
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 571,4	1 573,6
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	450,4	447,8
▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 049,0	1 054,3
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0	66,6
▪ Produits financiers	5	4,9
« Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées »	594,8	596,4
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	585,5	582,1
▪ Produits financiers	5,0	4,9
▪ Reprise provision MDPH	0,0	5,0
▪ Déficit	4,3	4,3
« Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service »	163,9	179,7
« Sous-section 1 Personnes âgées »	**149,0**	**158,8**
▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	67,0	67,3
▪ Produit exceptionnel	–	0,2
▪ Reprise de provisions	–	32,2
▪ Déficit	82,0	59,1
« Sous-section 2 Personnes handicapées »	**14,9**	**20,9**
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,8
▪ Reprise de provisions	–	9,1
▪ Déficit	3,0	0,0

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	385,5	409,5
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	**281,0**	**287,1**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	14,9
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur ex. antérieurs	0,0	3,7
▪ Plan Alzheimer - expérimentation	0,0	6,9
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007, PAI 2008-2009, CPER et RL »	150,0	161,2
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	121,0	100,5
▪ Excédent		0,0
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	**104,5**	**122,3**
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	10,0
▪ Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur ex. antérieurs	0,0	2,0
▪ Dépenses emplois STAPS	0,0	3,9
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007, PAI 2008-2009, CPER et RL »	64,5	76,3
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	30,0	30,1
▪ Excédent		0,0
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	17,9	13,4
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,8	5,4
▪ Dépenses de personnel/CNSA	8,7	7,9
▪ Excédent	0,4	0,1
Total des charges du compte prévisionnel	**19 145,1**	**19 157,9**
Excédent		**0,0**
Total équilibre du compte	**19 145,1**	**19 157,9**
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	**14,5**	**14,3**
Total atténuation de recettes	**27,0**	**46,6**

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	385,5	409,5
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	**281,0**	**287,1**
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0	16,5
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	150,0	161,2
▪ Déficit	121,0	99,4
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	**104,5**	**122,3**
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0	10,0
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	64,5	76,7
▪ Produit exceptionnel		0,2
▪ Déficit	30,0	25,4
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	17,9	13,4
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,8	13,3
▪ Produit exceptionnel (dont remboursement M. A. D.)	0,1	0,1
Total des produits du compte prévisionnel	**18 868,0**	**18 866,3**
Déficit	**277,0**	**291,6**
Total équilibre du compte	**19 145,1**	**19 157,9**

Annexe 2 – Avis du Conseil scientifique au Conseil de la CNSA

Séance du 22 septembre 2010

PROPOSITIONS D'AXES DE TRAVAIL D'UNE FUTURE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION (COG)

Les questions scientifiques étaient abordées dans la COG 2006-2009 dans le chapitre 7 consacré à « Prospective, recherche, études et expertises, comparaisons internationales ».
Pour la nouvelle COG, la CNSA propose une nouvelle organisation : le fonctionnement par programme scientifique. Sept thèmes de travail sont identifiés, qui seraient animés chacun par une commission du conseil scientifique. Les commissions seraient suivies par le Conseil scientifique avec un dispositif d'évaluation et de *reporting* adapté. Le rôle des commissions serait d'identifier les questions prioritaires, de proposer un calendrier de travaux de recherche et d'études internes ou externes à lancer et/ou soutenir (appels à projets, partenariats de recherche, enquêtes…), qui s'inscrirait dans le programme d'actions annuel, et de mettre en perspective les résultats des recherches.
Les thèmes proposés sont les suivants :
1. L'évolution des publics par grande famille de handicaps, la connaissance de leurs besoins et des moyens de compensation (connaissance du risque à moyen et long termes, chantier « 5e risque » – appui à la programmation des moyens).
2. L'évaluation des besoins individuels et le lien avec la mesure de la qualité des solutions proposées (amélioration de l'efficience des démarches d'évaluation).
3. L'observation et l'appréciation des besoins collectifs selon les territoires (programmation-planification : répartition des moyens).
4. Le contenu de service des établissements et services (perspective de réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées : évolution de l'organisation de l'offre).
5. Les parcours de soin et d'accompagnement (évolution de l'organisation de l'offre, développement de la coordination).
6. Les aides techniques (accompagner le développement de la solvabilisation et des efforts de recherche).
7. L'aide informelle (évolution des modes de prise en charge – 5e risque).

Certaines propositions sont dans la continuité de commissions spécialisées du Conseil scientifique existantes (la commission évaluation des besoins et le groupe piloté par Alain Grand sur l'appréciation des besoins collectifs sur un territoire).
Le Conseil scientifique félicite la CNSA et les personnes qui ont contribué à ces travaux. Il souhaite enrichir l'approche des domaines identifiés sur plusieurs points. Il suggère notamment d'introduire un lien transversal entre tous les programmes. La dimension « domicile » devrait être présente très nettement dans le thème 4. Le thème 6 sur les aides techniques devrait aussi porter sur l'offre de services. Deux thèmes mériteraient d'être individualisés. Le premier concerne la parole des personnes en perte d'autonomie. Le deuxième concerne la problématique des ressources humaines, des compétences et des métiers, tant il est crucial pour l'évaluation des besoins des personnes, la mise en place des projets de vie et la prospective du secteur. Les questions économiques pourraient être abordées dans le thème 2 en lien avec l'évaluation et les problèmes de tarification.

BILAN DE L'APPEL À PROJETS PERMANENT « HANDICAP ET PERTE D'AUTONOMIE » MIS EN PLACE AVEC LA DREES

L'objectif de cet appel à projets (AAP) est de développer et de structurer la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie. Les thématiques inscrites dans l'AAP incluent la connaissance des personnes en perte d'autonomie et de leurs besoins, les aides techniques, les aidants, l'habitat, les établissements et services médico-sociaux d'accueil, les représentations et mobilisations sociales du handicap ou de la dépendance, l'insertion scolaire et professionnelle des personnes handicapées, le droit des personnes dépendantes. En revanche, sont exclus les projets portant sur l'accessibilité des lieux publics et des transports, les expérimentations thérapeutiques de traitement ou de rééducation.

Le Conseil scientifique constate que cet AAP a répondu à une véritable demande, comme en a témoigné la forte augmentation du nombre de projets soumis au cours du temps. Il a pris connaissance de difficultés particulières rencontrées dans la sélection des projets de thèse, notamment du fait qu'il était difficile de gager de la qualité des projets de thèse soumis. Il regrette que certaines thématiques et disciplines n'aient pas fait l'objet de projets, notamment dans le domaine du droit, de l'économie (gestion, comptabilité) et de la sociologie des professions et des organisations.

Il suggère plusieurs pistes de progrès :

- Concernant le soutien de projets de thèse, une contractualisation directe avec certaines écoles doctorales pourrait être envisagée. Cette solution offrirait plusieurs avantages : les bourses doctorales pourraient être fléchées en fonction des orientations privilégiées et la sélection serait déléguée à l'école doctorale, qui utilise ses propres procédures, allégeant de façon considérable le travail du comité scientifique.
- La frontière entre ce qui relève de l'accessibilité (qui est hors AAP) et ce qui relève des aides techniques devrait être mieux précisée.
- La CNSA pourrait étudier avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) la possibilité d'intégrer la rééducation comme thématique du programme Hospitalisation en recherche clinique. Certains projets de réadaptation pourraient être financés dans le cadre de cet AAP.

VALORISATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE FINANCÉS PAR LA CNSA

Comme l'avait recommandé le Conseil scientifique, la CNSA a inscrit sa politique de financement de la recherche dans une démarche de partenariat avec d'autres institutions œuvrant au soutien à la recherche. La CNSA présente au Conseil scientifique le bilan des AAP de recherche mis en place depuis 2007 avec des partenaires de la recherche et qui ont donné lieu à financement de projets : avec l'ANR (TecSan et programme européen Assistance à la vie autonome), avec la DREES (Qualité de l'aide à domicile, Post-enquêtes qualitatives adossées à l'enquête handicap santé et Handicap psychique : définition, évaluation, compensation), avec la HAS (Évaluation et amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie), avec l'IRESP (Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique et Politiques en santé publique et services de santé) et avec la CNAV (*Future Leaders of Ageing Research in Europe* [FLARE]). La CNSA a, par ailleurs, apporté un soutien financier de 3 M€ sur trois ans à trois grandes cohortes qui, par le suivi pendant une très longue période, permettront d'identifier les facteurs déterminants dans l'apparition d'un handicap : la cohorte Constance (200 000 adultes de 18 à 69 ans à l'inclusion, suivis dans le temps), la cohorte EPIPAGE 2 (5 000 enfants prématurés, nés entre 22 et 34 semaines d'aménorrhée, et un groupe témoin de 800 enfants [nés à 39-40 semaines d'aménorrhée], tous suivis à partir de leur naissance en 2011-2012 et pendant onze ans) et la cohorte ELFE (20 000 enfants nés en 2011-2012 suivis de la naissance à 16 ans). Au total, ce sont près de deux cents projets qui ont été soutenus par la CNSA depuis 2006. L'ensemble des projets arrivés à terme fera l'objet d'une édition de fiches de synthèse qui seront disponibles sur internet. Le Conseil scientifique propose que ses membres soient sollicités sur la validation méthodologique, en amont et en aval. Il recommande qu'un indicateur sur le taux de publications issues de ces travaux soit mis en place.

Annexe 3 – Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

Concours versés par la CNSA

Méthode de calcul et règles de pondération des données

CRITÈRES APA (art. R. 14-10-38)			PONDÉRATION
	Fd = (PAd/Σ PAd) x 50 % + (Dd/ΣDd) x 20 %) – (PFd/ΣPFd) x 25 % + (RMI d/ΣRMId) x 5 %		
PAd	Population > 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	– 25 %
RMId	Bénéficiaires RMI (> 3 mois, résidents département)	Données de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiées CNAF et CCMSA	5 %
	Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département	Coefficient total	50 % rapportés à 100 %

CRITÈRES PCH (art. R. 14-10-32)			PONDÉRATION
	Fd = (PAAd/ΣPAAd) x 60 % + (PAESd + PAAHd + PPId)/Σ(PAESd + PAAHd + PPId) x 30 % + (PCd/ΣPCd) x 30 % - (PFd/ΣPFd) x 20 %		
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 245-1 CASF)	60 %
PAESd	Bénéficiaires AEEH	Pour chacun des trois critères, données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAHd	Bénéficiaires AAH		
PPId	Bénéficiaires pension d'invalidité		
PCd	Bénéficiaires PCH et ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	– 20 %
		Coefficient total	100 %

CRITÈRES MDPH (art. R. 14-10-34)			PONDÉRATION
	Fd = Fx + (PAAd/ΣPAAd) x 120 % – (PFd/ΣPFd) x 20 %		
FX	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAd	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	120 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. 3334-6 CGCT)	– 20 %
		Coefficient total	100 %

Les montants présentés dans ce tableau sont ceux issus de la notification du 7 janvier 2011. En effet, le recueil des dépenses départementales 2010 étant en cours (au 20 avril 2011), la répartition des concours au financement de l'APA et de la PCH définitifs (concours APA : 1 536,186 M€ et concours PCH : 501,922 M€) n'a pas encore été effectuée.

Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2010				
	APA		PCH		MDPH
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours définitif (100 %)
01 Ain	9 685 654	9 201 000	4 086 637	3 882 000	565 835
02 Aisne	14 704 849	13 970 000	5 462 937	5 190 000	547 292
03 Allier	14 249 600	13 537 000	3 267 962	3 105 000	405 012
04 Alpes de Haute Provence	4 614 409	4 384 000	1 177 952	1 119 000	290 167
05 Hautes Alpes	3 736 460	3 550 000	1 080 352	1 026 000	279 149
06 Alpes Maritimes	33 394 146	31 724 000	7 901 691	7 507 000	774 119
07 Ardèche	11 694 825	11 110 000	2 475 837	2 352 000	388 722
08 Ardennes	8 447 249	8 025 000	2 668 362	2 535 000	380 017
09 Ariège	6 382 978	6 064 000	1 243 952	1 182 000	289 654
10 Aube	8 564 197	8 136 000	2 281 957	2 168 000	390 463
11 Aude	13 924 781	13 229 000	3 377 375	3 209 000	408 097
12 Aveyron	12 401 002	11 781 000	2 327 503	2 211 000	361 918
13 Bouches du Rhône	49 587 252	47 108 000	14 750 433	14 013 000	1 431 365
14 Calvados	17 178 843	16 320 000	5 443 614	5 171 000	631 093
15 Cantal	7 015 811	6 665 000	1 305 139	1 240 000	292 518
16 Charente	13 149 854	12 492 000	3 276 966	3 113 000	416 761
17 Charente Maritime	21 815 378	20 725 000	4 860 061	4 617 000	557 813
18 Cher	10 849 585	10 307 000	3 012 381	2 862 000	393 584
19 Corrèze	11 417 551	10 847 000	1 887 025	1 793 000	346 527
20a Corse du Sud	5 208 465	4 948 000	1 974 854	1 876 000	287 367
20b Haute Corse	5 524 344	5 248 000	1 802 373	1 712 000	307 092
21 Côte d'Or	12 432 518	11 811 000	4 348 735	4 131 000	535 650
22 Côtes d'Armor	20 323 613	19 307 000	5 273 384	5 010 000	547 912
23 Creuse	11 160 228	10 602 000	1 140 474	1 083 000	273 655
24 Dordogne	17 485 148	16 611 000	3 293 286	3 129 000	442 296
25 Doubs	11 351 563	10 784 000	4 201 093	3 991 000	530 193
26 Drôme	12 247 904	11 636 000	3 703 638	3 518 000	481 943
27 Eure	11 335 300	10 769 000	4 857 372	4 615 000	570 552
28 Eure et Loir	10 042 279	9 540 000	3 253 413	3 091 000	470 326
29 Finistère	29 883 489	28 389 000	7 549 318	7 172 000	756 196
30 Gard	22 694 184	21 559 000	5 539 580	5 263 000	629 963
31 Haute Garonne	24 935 987	23 689 000	8 763 526	8 325 000	1 018 099
32 Gers	10 682 715	10 149 000	1 513 539	1 438 000	312 586
33 Gironde	35 603 627	33 823 000	11 334 832	10 768 000	1 125 624
34 Hérault	34 485 686	32 761 000	8 088 513	7 684 000	837 429
35 Ille et Vilaine	21 343 767	20 277 000	7 965 450	7 567 000	828 757
36 Indre	9 733 436	9 247 000	1 936 209	1 839 000	339 984
37 Indre et Loire	15 286 214	14 522 000	4 272 952	4 059 000	571 601
38 Isère	19 704 662	18 719 000	9 026 349	8 575 000	931 750
39 Jura	7 389 400	7 020 000	2 013 831	1 913 000	356 870
40 Landes	12 526 290	11 900 000	2 519 379	2 393 000	421 399
41 Loir et Cher	11 425 734	10 854 000	2 356 423	2 239 000	396 388
42 Loire	22 569 609	21 441 000	7 416 724	7 046 000	653 341
43 Haute Loire	7 930 220	7 534 000	2 010 783	1 910 000	335 772
44 Loire Atlantique	24 806 946	23 567 000	9 113 826	8 658 000	1 005 757
45 Loiret	14 777 541	14 039 000	4 979 261	4 730 000	605 710
46 Lot	7 889 925	7 495 000	1 567 767	1 489 000	300 116
47 Lot et Garonne	13 246 066	12 584 000	2 926 638	2 780 000	398 827
48 Lozère	2 958 784	2 811 000	812 093	771 000	249 232
49 Maine et Loire	19 611 856	18 631 000	5 769 959	5 481 000	696 923

	CUMUL SUR CINQ ANS		
	APA	PCH	MDPH
TOTAL concours et concours prévisionnels	Total 2006–2010	Total 2006–2010	Total 2006–2010
14 338 127	45 521 150	20 940 672	2 184 907
20 715 078	71 049 671	27 889 354	2 144 507
17 922 575	70 377 695	16 717 691	1 558 472
6 082 528	22 589 497	6 112 655	1 068 590
5 095 961	18 231 857	5 628 583	1 032 090
42 069 956	167 046 048	42 080 865	3 063 057
14 559 385	56 573 948	13 162 869	1 477 308
11 495 628	40 221 968	14 150 993	1 453 129
7 916 583	32 042 029	6 629 512	1 065 943
11 236 617	41 996 138	12 030 970	1 490 581
17 710 254	68 730 812	17 483 052	1 556 854
15 090 423	61 754 228	11 694 103	1 373 026
65 769 050	244 808 791	76 920 362	5 732 023
23 253 550	84 692 229	28 452 782	2 490 367
8 613 468	36 045 559	6 839 625	1 096 959
16 843 582	64 995 228	16 985 423	1 596 139
27 233 251	107 499 985	24 742 961	2 191 654
14 255 551	53 128 632	15 454 858	1 509 872
13 651 102	56 084 856	10 020 136	1 304 683
7 470 685	28 280 347	10 371 906	1 042 028
7 633 809	27 055 842	9 127 380	1 121 404
17 316 904	60 636 890	22 137 233	2 088 669
26 144 910	101 534 385	26 880 195	2 137 836
12 574 356	60 225 483	6 109 869	1 009 983
21 220 730	86 684 797	17 428 954	1 710 524
16 082 849	54 770 703	21 119 310	2 066 873
16 433 485	58 976 841	19 042 503	1 853 017
16 763 225	54 501 313	25 333 940	2 229 752
13 766 019	48 181 168	16 648 829	1 817 957
38 189 003	146 560 899	39 286 655	3 012 639
28 863 726	111 416 040	28 135 624	2 469 556
34 717 612	122 069 428	45 031 312	4 005 925
12 508 840	62 929 924	8 183 179	1 162 400
48 064 082	174 845 378	59 150 829	4 492 652
43 411 629	167 525 474	41 841 278	3 312 145
30 137 974	104 097 579	40 256 445	3 274 522
12 009 629	48 230 108	10 378 251	1 288 304
20 130 767	74 810 724	22 072 742	2 229 653
29 662 762	94 682 629	46 635 433	3 729 771
9 760 100	36 404 220	10 429 509	1 350 454
15 467 068	61 407 890	12 979 490	1 603 985
14 178 545	55 698 031	12 321 250	1 519 288
30 639 675	109 941 977	38 603 279	2 593 521
10 276 775	39 045 184	10 781 332	1 266 020
34 926 529	122 328 670	46 458 973	3 975 388
20 362 512	71 642 343	25 419 887	2 380 285
9 757 808	39 255 592	7 886 077	1 114 686
16 571 531	65 129 999	14 760 147	1 513 137
4 020 108	14 856 192	4 312 035	904 736
26 078 737	94 890 410	29 441 719	2 754 084

DÉPARTEMENTS	2010				
	APA		PCH		MDPH
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (95 %)	Concours définitif (100 %)
50 Manche	16 015 166	15 214 000	3 986 519	3 787 000	493 070
51 Marne	11 711 584	11 126 000	5 012 246	4 762 000	573 149
52 Haute Marne	6 253 115	5 940 000	1 938 704	1 842 000	318 429
53 Mayenne	9 390 827	8 921 000	2 326 506	2 210 000	387 752
54 Meurthe et Moselle	18 942 400	17 995 000	5 995 656	5 696 000	682 345
55 Meuse	5 768 311	5 480 000	1 544 577	1 467 000	326 384
56 Morbihan	20 312 321	19 297 000	5 815 137	5 524 000	631 908
57 Moselle	20 657 471	19 625 000	8 195 559	7 786 000	893 472
58 Nièvre	9 958 463	9 461 000	2 283 940	2 170 000	330 416
59 Nord	60 281 805	57 268 000	22 489 027	21 365 000	1 892 205
60 Oise	11 011 306	10 461 000	7 061 823	6 709 000	725 643
61 Orne	10 837 759	10 296 000	2 446 830	2 324 000	378 656
62 Pas de Calais	44 281 606	42 068 000	12 692 598	12 058 000	1 157 120
63 Puy de Dôme	17 668 527	16 785 000	5 170 583	4 912 000	608 360
64 Pyrénées Atlantiques	19 855 799	18 863 000	5 314 991	5 049 000	591 977
65 Hautes Pyrénées	10 246 681	9 734 000	2 187 938	2 079 000	336 924
66 Pyrénées Orientales	16 216 387	15 406 000	3 741 479	3 554 000	454 063
67 Bas Rhin	20 371 725	19 353 000	8 736 565	8 300 000	925 004
68 Haut Rhin	12 975 857	12 327 000	5 827 343	5 536 000	678 800
69 Rhône	28 709 816	27 274 000	12 724 353	12 088 000	1 248 315
70 Haute Saône	6 654 996	6 322 000	2 003 642	1 903 000	352 744
71 Saône et Loire	19 951 351	18 954 000	4 674 829	4 441 000	534 002
72 Sarthe	16 171 855	15 363 000	4 363 446	4 145 000	546 810
73 Savoie	7 024 741	6 674 000	3 064 940	2 912 000	433 756
74 Haute Savoie	7 659 790	7 277 000	4 345 487	4 128 000	641 760
75 Paris	11 601 842	11 022 000	13 610 493	12 930 000	1 504 938
76 Seine Maritime	30 394 526	28 875 000	11 293 434	10 729 000	960 768
77 Seine et Marne	11 251 098	10 689 000	9 071 716	8 618 000	1 056 933
78 Yvelines	8 493 388	8 069 000	8 036 323	7 635 000	1 036 240
79 Deux Sèvres	12 440 960	11 819 000	2 894 893	2 750 000	430 622
80 Somme	15 852 347	15 060 000	5 458 538	5 186 000	570 029
81 Tarn	15 894 691	15 100 000	3 319 209	3 153 000	427 695
82 Tarn et Garonne	8 822 882	8 382 000	2 147 598	2 040 000	346 054
83 Var	29 855 986	28 363 000	7 129 040	6 773 000	751 646
84 Vaucluse	14 060 486	13 357 000	3 970 233	3 772 000	526 093
85 Vendée	15 908 857	15 113 000	4 577 969	4 349 000	570 935
86 Vienne	12 667 060	12 034 000	3 412 896	3 242 000	475 603
87 Haute Vienne	14 286 519	13 572 000	3 391 270	3 222 000	436 708
88 Vosges	10 609 711	10 079 000	3 009 165	2 859 000	435 414
89 Yonne	11 354 740	10 787 000	3 503 483	3 328 000	408 287
90 Territoire de Belfort	3 383 739	3 215 000	1 027 199	976 000	293 980
91 Essonne	9 641 362	9 159 000	7 887 358	7 493 000	961 786
92 Hauts de Seine	3 976 424	3 778 000	8 388 198	7 969 000	1 049 596
93 Seine Saint Denis	19 229 085	18 268 000	11 515 765	10 940 000	1 198 048
94 Val de Marne	16 699 821	15 865 000	9 826 978	9 336 000	1 044 684
95 Val d'Oise	12 115 564	11 510 000	8 436 151	8 014 000	970 608
971 Guadeloupe	18 582 164	17 653 000	3 881 151	3 687 000	463 860
972 Martinique	13 546 458	12 869 000	3 727 605	3 541 000	467 322
973 Guyane	1 901 980	1 807 000	1 268 432	1 205 000	344 252
974 Réunion	26 293 916	24 979 000	7 271 750	6 908 000	755 419
975 St Pierre et Miquelon	123 847	118 000	–	–	–
978 Saint Martin	377 317	358 000	–	–	–
TOTAL	1 537 708 351	1 460 826 000	505 215 275	479 953 000	60 000 000

	CUMUL SUR CINQ ANS		
	APA	PCH	MDPH
TOTAL concours et concours prévisionnels	Total 2006–2010	Total 2006–2010	Total 2006–2010
20 494 755	76 394 837	21 872 922	1 910 886
17 296 980	57 136 065	26 091 675	2 271 830
8 510 247	30 870 007	9 887 511	1 196 853
12 105 085	45 918 763	11 985 555	1 476 254
25 620 400	91 803 845	31 546 641	2 700 532
7 639 272	28 332 117	8 031 991	1 225 109
26 759 366	100 572 929	29 867 975	2 485 370
29 746 503	97 738 431	43 263 985	3 564 705
12 572 819	48 913 419	11 870 063	1 251 353
84 663 036	294 129 754	118 117 889	7 769 754
18 798 773	51 974 577	35 879 807	2 871 132
13 663 245	52 915 825	12 899 171	1 451 700
58 131 324	216 565 353	66 472 208	4 683 828
23 447 470	85 865 792	26 829 367	2 396 726
25 762 767	97 435 572	27 188 462	2 314 182
12 771 543	49 281 033	11 725 397	1 280 288
20 411 929	80 001 844	19 394 430	1 731 874
30 033 293	98 183 501	44 964 115	3 696 301
19 482 000	61 034 771	30 063 191	2 670 589
42 682 485	138 860 219	66 216 645	5 045 501
9 011 382	33 285 542	10 192 787	1 334 625
25 160 183	98 156 668	23 928 901	2 091 223
21 082 111	79 758 363	22 520 097	2 143 302
10 523 436	34 305 996	15 633 744	1 679 352
12 647 037	37 822 990	22 526 183	2 486 577
26 717 273	75 626 788	69 494 464	6 015 562
42 648 727	148 518 923	58 953 649	3 910 213
21 379 747	52 539 681	47 099 666	4 210 374
17 565 951	40 354 629	43 023 447	4 181 318
15 766 475	61 416 305	14 447 439	1 636 756
21 880 914	77 929 606	28 253 915	2 232 416
19 641 594	78 082 305	16 880 754	1 636 436
11 316 533	43 826 755	10 901 376	1 279 706
37 736 673	145 462 454	37 168 170	2 967 909
18 556 813	68 398 972	20 251 403	2 048 005
21 057 761	79 139 435	23 058 206	2 214 636
16 555 558	61 637 906	17 204 650	1 842 188
18 114 497	70 350 749	17 484 055	1 678 535
14 054 289	51 563 284	15 888 600	1 696 660
15 266 510	54 417 960	18 213 907	1 576 517
4 704 919	16 428 903	5 647 030	1 083 709
18 490 506	44 401 185	41 352 585	3 839 279
13 414 218	20 837 257	43 946 506	4 150 705
31 942 898	97 139 077	59 198 485	4 719 041
27 571 483	84 034 089	51 278 236	4 158 548
21 522 323	57 145 509	43 600 845	3 870 590
22 927 175	115 089 463	20 810 196	1 885 377
17 741 384	65 980 387	19 745 293	1 813 116
3 514 663	9 408 012	6 371 916	1 250 228
34 321 085	159 331 929	37 727 210	2 950 983
123 847	246 292	–	–
377 317	743 010	–	–
2 102 923 627	7 609 315 859	2 619 475 749	235 000 000

Annexe 4 – Actualisation des PRIAC, période 2010-2013

Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

(Synthèse du document présenté au Conseil de la CNSA le 29 juin 2010)

LA CONDUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS DE PROGRAMMATION MÉDICO-SOCIALE EN 2010

Les modifications apportées par la loi hôpital, patients, santé, territoires

La loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 prévoit la définition de la stratégie de santé de l'ARS à travers le projet régional de santé (PRS), qui couvre l'ensemble de son domaine de compétence. **Au sein du PRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation financière pluriannuelle** pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale, en cohérence avec les schémas d'organisation des soins et de prévention.

Avec la loi HPST, le rôle d'expression des besoins remonte au niveau du schéma régional médico-social, mais le PRIAC est maintenu pour les prévisions d'utilisation des enveloppes anticipées d'autorisation et des besoins en crédits de paiement.
C'est l'outil opérationnel du nouveau processus budgétaire mis en œuvre en 2010, basé sur des enveloppes anticipées (N+1 à N+3) et les crédits de paiement (N).

- C'est à partir de cette programmation pluriannuelle, dont le cadrage financier s'appuie sur le montant des enveloppes médico-sociales mobilisables par ARS, que seront lancés les appels à projets pour la création et l'adaptation des établissements et services médico-sociaux.
- En 2010 et 2011, dans l'attente de l'élaboration effective du PRS, le PRIAC va servir de base au lancement des appels à projets prévus dans la nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

La réforme du régime des autorisations médico-sociales place le PRIAC à la base du nouveau processus d'autorisation, qui comprend la **procédure d'appel à projets** pour les créations, extensions et transformations d'établissements et services médico-sociaux. Cette mutation rend nécessaires la détermination de priorités régionales partagées et la coordination des programmations avec les autres décideurs qui interviennent dans le financement des établissements et services médico-sociaux, notamment les conseils généraux avec lesquels les appels à projets seront, dans cette hypothèse, conjoints.

Le contexte de l'actualisation 2010 dans cette phase de transition

Dans cette perspective, et à la suite du bilan 2009 des PRIAC, deux objectifs étaient poursuivis pour l'actualisation 2010 du PRIAC :

1er objectif : Assurer la continuité de service dans la période de transition pour garantir la poursuite du processus d'allocation budgétaire et de réalisation des plans nationaux

Pendant la période de transition – avant la mise en place effective et opérationnelle des ARS et dans les mois qui devaient suivre leur mise en place – l'enjeu était d'assurer la continuité dans le processus de programmation et d'allocation budgétaire afin de **permettre la poursuite du développement de l'offre collective et la mise en place dès 2010 de la démarche d'appel à projets pour les autorisations médico-sociales.**

- **Le calendrier de l'actualisation PRIAC a été maintenu.**

La remontée des PRIAC actualisés devait intervenir le 30 avril 2010, pour une exploitation nationale au 30 juin au plus tard, afin de permettre la prise en compte des programmations dans les travaux de construction de l'OGD-ONDAM médico-social 2011 et les annexes pluriannuelles.

• **La durée de programmation pluriannuelle a été limitée à la période 2010-2013.**

En période de transition, l'actualisation de la programmation pluriannuelle a été limitée à la période 2010-2013, sans ajout d'une année supplémentaire de programmation par rapport à la version 2009 du PRIAC, dans l'attente de l'engagement des travaux pour l'élaboration du projet régional de santé par chacune des ARS. Certaines régions ont néanmoins choisi de réaliser une programmation sur la période 2010-2014. Les résultats pour 2014 n'ont alors pas été pris en compte dans le présent bilan.

• **Le processus de concertation, de consultation et de décision devait être sécurisé.**

Dans cette période de transition, la concertation avec les partenaires en vue de coordonner les programmations perspectives reste un enjeu majeur :
– **La concertation avec les conseils généraux,** pour identifier les priorités communes sur l'ensemble du secteur médico-social et en particulier le champ co-tarifé, afin de permettre dès 2010 le lancement d'appels à projets conjoints.
– **La concertation avec les autres décideurs publics pour coordonner les programmations,** notamment avec l'Éducation nationale mais aussi avec l'Équipement (PLS).
– **La coordination avec les objectifs du champ sanitaire :** pour faire face aux enjeux de transformations issues du sanitaire susceptibles d'impact sur les établissements et services médico-sociaux à court terme.
– **La consultation des représentants des usagers et des gestionnaires,** dont les modalités ont été maintenues à travers l'avis du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) (mars-avril 2010), complétées par les temps de dialogue et d'échanges organisés de façon spécifique ou au sein des commissions départementales et régionales (CODERPA, CDCPH, CRCSM, CTRA).

2e objectif : Renforcer le pilotage régional médico-social, pour préparer la mise en place du nouveau régime d'autorisation, dans la perspective du projet régional de santé

Les constats posés par le Comité de suivi national et l'analyse annuelle du PRIAC réalisée par la CNSA depuis 2006, ainsi que les commissions, et les rapports des inspections générales ont mis en évidence une priorisation encore insuffisante des programmations régionales. Elles restent soumises, pour partie, aux logiques départementales et reposent sur des approches souvent fragmentées des besoins en matière d'offre de services pour le handicap et la perte d'autonomie, trop centrées sur le seul taux d'équipement.

Plusieurs points de vigilance pour l'actualisation 2010 des PRIAC ont été réaffirmés :

• **La nécessité de confirmer et repréciser les priorités régionales de programmation médico-sociale.**

Dans l'attente de l'adoption du PRS dans toutes ses composantes, l'actualisation 2010 du PRIAC s'est effectuée à partir de l'état de la connaissance des besoins dans la région, pour réduire les inégalités territoriales d'équipement et améliorer l'accès à l'offre de services pour les personnes en situation de handicap.
Des éléments nouveaux à prendre en compte :
– les modifications intervenues dans les schémas départementaux et les évolutions des choix de financement des conseils généraux ;
– les résultats des travaux sur la connaissance des besoins ou le diagnostic de l'offre médico-sociale, réalisés dans la région, en référence aux travaux d'appui nationaux.

À partir des besoins identifiés, les priorités devaient être déterminées, dans une analyse régionale, en confirmant :
• **les territoires prioritaires** – suffisamment précis et cohérents avec l'aire d'organisation des services pour orienter territorialement l'intervention des promoteurs ;
• **les besoins à satisfaire par transformation et adaptation des équipements existants,** qu'ils soient médico-sociaux (le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées prévoit notamment la création de cinq mille places de SESSAD par transformation de capacités d'IME) ou sanitaires (opérations de reconversion hospitalières).
L'enjeu de l'actualisation 2010 du PRIAC était de définir des priorités de financement suffisamment précises, sélectives et partagées avec les conseils généraux lorsque nécessaire pour permettre à l'ARS d'engager dès 2010 des appels à projets régionaux.

• **Le stade de prise en compte des priorités définies par les plans nationaux.**

L'utilisation des enveloppes anticipées de mesures nouvelles a conduit jusqu'ici à privilégier le développement des places nouvelles en établissements, tant sur le champ des personnes âgées (EHPAD) que sur celui du handicap (MAS-FAM). De ce fait, l'équilibre entre l'accueil en institution et l'accompagnement en milieu ordinaire devait être corrigé pour garantir la tenue des objectifs du plan Solidarité grand âge (PSGA) et du programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées.

Étaient attendus :

– Un rééquilibrage **en faveur du développement de l'offre en services d'accompagnement à domicile** (SSIAD, SAMSAH, CASMP-CMPP) ou en structures de répit (accueil temporaire, accueil de jour), conformément au calibrage des plans nationaux.
– La prise en compte en programmation des objectifs des plans nationaux thématiques :
le **plan Alzheimer** pour le déploiement des capacités en structures de répit (accueil de jour – AJ et hébergement temporaire – HT), en SSIAD spécialisés et en établissements, avec la création des UHR et des PASA (et notamment la création des places nouvelles d'AJ et HT d'ici 2012) ;
le **plan Autisme** pour le développement d'une offre médico-sociale adaptée pour les enfants et adolescents, mais également pour les adultes, tant en établissements qu'en services à domicile (SESSAD, SAMSAH), en liaison avec les centres de ressources pour l'autisme et en intégrant les objectifs de transformation et de requalification de l'existant.

• **Les ajustements en fonction de la capacité effective de réalisation opérationnelle sur la période.**

L'actualisation de la programmation financière pluriannuelle devait être effectuée au vu des taux d'engagement et d'installation des places nouvelles au 31 décembre 2009, afin d'ajuster les prévisions de réalisation et des événements connus pouvant créer sur l'année des difficultés d'exécution (exemple : d'ordre foncier, de construction…).

En effet, il importait de confirmer le PRIAC en tant qu'exercice de programmation financière pluriannuelle, prévisionnelle, opérationnelle et non théorique.

Cependant, il convient de préciser que l'actualisation du PRIAC 2010 s'est faite en amont de la notification des enveloppes anticipées, soit en mai 2010 (pour les personnes handicapées) et en juin 2010 (personnes âgées), pour les exercices 2011, 2012 et 2013. Ces enveloppes couvrent une grande partie des tranches annuelles des plans nationaux, en vue de donner aux ARS une plus grande visibilité dans leur programmation : pour les personnes âgées, c'est 84 % de la tranche 2011, 71 % de la tranche 2012 et le solde du PSGA pour 2013 qui ont été notifiés ; pour les personnes handicapées, c'est 70 % des tranches 2011 et 2012 et 60 % de la tranche 2013 qui ont été notifiés. Dans cette perspective, les PRIAC devaient gagner en précision dans la définition des priorités, y compris sur l'échéance 2013.

L'appui de la CNSA à la connaissance des besoins des personnes et de l'offre en ESMS

L'appui à l'actualisation 2010 des PRIAC
L'analyse générale des programmations 2009-2013 a fait l'objet d'un rapport préparé en juin 2009 et présenté au Conseil de la CNSA, après partage des constats en comité de suivi PRIAC (19 juin 2009). Le bilan a été présenté et discuté lors de la journée d'échange avec les correspondants régionaux et départementaux le 8 octobre suivant.
À partir de ces constats partagés ont été établies les analyses régionales dans le cadre des échanges techniques entre la CNSA et les services déconcentrés de l'État. Ils ont eu pour objet d'établir, à partir de la lecture comparée d'indicateurs, un profil de la région en termes de pilotage du secteur médico-social (personnes âgées, personnes handicapées) en identifiant les points forts à poursuivre, les actions à approfondir ou à améliorer ainsi que les fragilités ou les zones de risque (identifiés comme « à poursuivre », « à dynamiser », « à améliorer », « zone de risque »). Un rapport de synthèse des échanges techniques réalisés d'octobre à novembre 2009 a été établi.

L'appui méthodologique et technique : l'application « e-PRIAC »
Pour l'actualisation 2010 des PRIAC, la CNSA a mis en place une nouvelle application fondée sur l'outil Excel utilisé les années précédentes et auquel elle se substitue.
Au même titre que REBECA, SAISEHPAD et SELIA, e-PRIAC est une application en ligne accessible depuis le navigateur Internet Explorer qui permet des exploitations pour les utilisateurs régionaux. Sa restitution a pris la forme d'un document publiable plus accessible aux partenaires concernés.

L'application e-PRIAC a été testée par les utilisateurs de trois régions (Aquitaine, PACA, Martinique), qui ont permis d'en vérifier le bon fonctionnement, et d'identifier quelques pistes d'améliorations.

Les approfondissements méthodologiques et qualitatifs conduits par la CNSA ont porté sur :

- L'appui à la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation : le projet-pilote sur l'appel à projets coordonné par la CNSA, avec les trois régions Pays de la Loire, Centre et Bourgogne, a abouti à la définition d'un plan d'action pour l'appui au déploiement du nouveau processus dès 2010 : production d'outils opérationnels (guide de procédure, cahier des charges type), organisation de cinq journées interrégionales de formation, production d'un kit de communication.
- Participation, sous l'égide du secrétariat général, aux différents travaux relatifs au PRS : atelier territoires, atelier médico-social, atelier plan stratégique régional de santé (PSRS), préparation des travaux relatifs au cadrage des futurs schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS).
- L'offre médico-sociale adaptée pour les personnes handicapées vieillissantes : atelier d'échange de pratiques.
- Guide des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique en matière de logement.
- L'hébergement temporaire dans le champ de la perte d'autonomie : atelier d'échange de pratiques (début des travaux en novembre 2010).
- Accueil de jour et hébergement temporaire : attentes, freins et facteurs de réussite (mars 2010).
- Analyse des résultats de l'enquête dite « mauve » (activité des accueils de jour et des hébergements temporaires pour personnes âgées dépendantes) : novembre 2010.
- Schéma national relatif à l'organisation de l'offre pour les situations rares et les expertises complètes : adoption par arrêté ministériel du 27 octobre 2010 du schéma « handicaps rares ».

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMATIONS ACTUALISÉES EN 2010

L'analyse porte sur les données de vingt-six PRIAC actualisés, extraits de l'application de saisie « e-PRIAC » le 14 juin 2010, dont vingt-cinq ont été validés « exploitables » par les services des ARS :

- sur le secteur des personnes âgées : hors médicalisation des EHPAD ;
- sur le secteur du handicap : hors ESAT et GEM.

Une certaine stabilisation des programmations à partir de 2012, avec des volumes qui restent importants (surtout pour le champ des enfants handicapés)

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiés en 2010 (hors mesures Alzheimer pour les personnes âgées) – France entière

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

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est régulier sur la période 2011-2013 et les volumes traduisent une programmation plus en retrait sur l'ensemble du secteur personnes âgées : le taux moyen d'évolution sur les trois ans s'établit à + 12 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2010 alors qu'il s'élevait à + 31 % en moyenne dans les PRIAC version 2009 pour la période 2010-2013 [1].

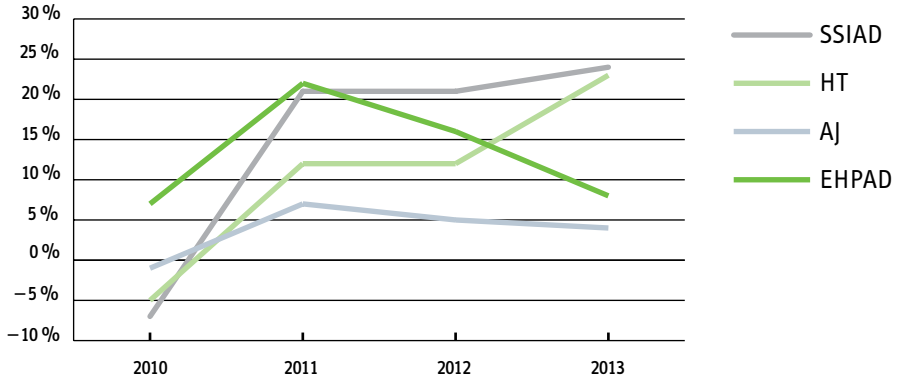
L'évolution annuelle rapportée au niveau de mesures nouvelles notifiées en 2010 se décline néanmoins de façon différenciée selon les types d'accompagnement : la progression de la programmation de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'hébergement temporaire (HT) est plus offensive sur la période (respectivement + 15 % et + 10 %), sachant que pour 2010, elle se situe en retrait des mesures notifiées. La programmation de places d'EHPAD est de + 13 % sur la période. L'accueil de jour (AJ) est toujours en retrait (+ 4 %). Cette évolution des programmations est à lire en parallèle avec plusieurs éléments de contexte :

– Tout d'abord avec le bilan du PSGA au 31 décembre 2009 : l'analyse comparée de la réalisation du plan Solidarité grand âge au 31 décembre 2009, pour ce qui est des places d'EHPAD et du volume des places d'EHPAD programmées sur la période 2010-2013, permet de mettre en exergue une tension persistante quant au volume global des places d'EHPAD programmées en 2011, avec une décélération au-delà.

– La tendance en progression de la programmation prévisionnelle de places d'AJ et surtout d'HT peut trouver en partie une explication par l'impact des mesures de convergence tarifaire applicables aux EHPAD les incitant à redéployer des moyens vers ce type d'accompagnement.

Par ailleurs, la mise en perspective du niveau de programmation au regard des montants notifiés en 2010 montre un bon niveau de priorisation sur les trois années du plan (2010-2012).

Évolution des montants programmés par année par comparaison aux montants des mesures nouvelles notifiés en 2010 – Personnes âgées par type d'équipement – France entière



• Sur le secteur du handicap, des volumes de programmation offensifs et qui restent élevés sur toute la durée de la programmation

Le volume global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC actualisés en 2010 pour les personnes handicapées se situe en moyenne à un niveau moins élevé que dans la version 2009 des PRIAC, avec un taux moyen d'évolution sur les quatre ans qui s'établit à + 43 % (versus + 77 % en version 2009), par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2010. L'augmentation est importante en 2011, mais présente une décélération à partir de 2012 sur le secteur des enfants et une stagnation sur le secteur des adultes, ce qui reste peu cohérent avec l'évolution démographique et le programme pluriannuel de création de places. L'approfondissement de la connaissance des besoins en services et lieux collectifs pour les personnes handicapées adultes reste un enjeu à intégrer aux travaux des futurs schémas régionaux.

Pour 2010, il est à noter que les niveaux de programmation, à + 20 % sur le secteur des enfants et à + 10 % environ sur le secteur des adultes, comparés aux dotations de mesures nouvelles 2010 s'expliquent en partie par l'importance des montants correspondant aux redéploiements d'enveloppe médico-sociale (40 % des crédits programmés pour le secteur enfants) et aux transferts de l'enveloppe sanitaire (13 % des crédits programmés pour le secteur adultes). Cela rend compte, au-delà de 2009 (où la proportion des montants redéployés était moindre par rapport au volume global de programmation), d'un mouvement de transformation engagé et qui sera à affiner.

(1) Voir le rapport d'analyse des PRIAC 2008-2012 présenté au Conseil de la CNSA du 1er juillet 2008.

Par ailleurs, la mise en perspective du niveau de programmation au regard des montants notifiés en 2010 fait apparaître une priorisation très largement insuffisante sur le secteur enfants (notamment pour les programmations 2011 et 2012) ainsi que de tensions importantes existant sur le secteur adultes pour 2011. Cette insuffisance constitue une limite importante à la mise en place du nouveau dispositif des appels à projets à partir de 2010 et plus encore pour 2011.

Des coûts à la place proches des coûts de référence

Seuls les coûts à la place programmés des établissements dédiés aux enfants polyhandicapés et ceux des accueils temporaires pour adultes sont sensiblement plus élevés que les coûts de référence notifiés en 2010. Cependant, la valeur des coûts moyens nationaux constatée dans les programmations prévisionnelles recouvre des fourchettes de coûts régionaux très hétérogènes (exemple du coût moyen des SESSAD, dont l'écart au regard du coût de référence varie de –15 % à +32 %).

Comme les années précédentes, les programmations régionales des PRIAC pour 2010-2013 sur le secteur des personnes âgées ont été valorisées en terme de financement sur la base des coûts unitaires de référence par types de structures utilisés comme bases de calcul des programmations nationales.

La valorisation de la programmation 2010-2013 en emplois

Ce volet du PRIAC, introduit depuis 2008, permet de valoriser en emplois la programmation du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale. Il s'agit d'identifier, par département et sur la période de la programmation, les effectifs (en ETP) à prévoir pour la réalisation de la programmation prévisionnelle du PRIAC, à partir des dossiers de demande d'autorisation ou d'une estimation des besoins de personnels sur la base des effectifs des établissements existants (enquêtes ES et EHPA, enquêtes régionales ou départementales).
En complément de la valorisation en emplois de la programmation pluriannuelle des places nouvelles, l'annexe « ressources humaines » du PRIAC est destinée à établir un diagnostic et un recensement des besoins pour l'adaptation de l'offre existante (postes vacants et besoins en qualification et formation). Ces données peuvent alimenter l'analyse des besoins prospectifs dans le cadre des travaux des schémas régionaux de l'offre de formation menée par les conseils régionaux.

La prévision pluriannuelle théorique des effectifs relevant des financements de l'assurance maladie sur le soin fait apparaître **un besoin de plus de 20 451 ETP sur la période 2010-2013 pour mettre en œuvre la programmation des places nouvelles pour les personnes âgées,** majoritairement ciblée sur les aides-soignants (60 %), les aides médico-psychologiques (AMP 14 %) et les personnels infirmiers (24 %), en complément des médecins coordonnateurs.

S'agissant du handicap, le besoin théorique en effectifs pour couvrir la programmation prévisionnelle de places nouvelles s'élève à plus de 24 000 ETP sur la période 2010-2013. La part des effectifs programmés sur le secteur des adultes est prépondérante (69 %) par comparaison à celle destinée aux enfants. Les effectifs sont composés principalement de personnels socio-éducatifs (28 %) et de personnels paramédicaux (23 %), avec une ventilation différenciée selon la catégorie d'âge du public.
La programmation permet ainsi d'identifier les besoins en personnels par type de qualification, dans l'objectif d'alimenter les travaux de planification, notamment le schéma régional des formations. Sont ainsi précisés les besoins en IDE, AS et AMP, éducateurs spécialisés, mais également pour des professions plus spécifiques (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes).

Établissements et services pour personnes âgées

Qualification	Nombre d'ETP (2010-2013)
Aides médico-psychologiques (AMP)	2 895
Aides-soignants (AS)	12 392
Infirmiers (IDE)	4 838
Médecins coordonnateurs	327
Total	20 451

Établissements et services pour personnes handicapées

Nombre d'ETP 2010-2013			
Qualification du personnel	**Enfants**	**Adultes**	**Total**
Personnel paramédical	1 382	4 137	5 520
dont ergothérapeutes	68	197	264
dont kinésithérapeutes	94	63	157
dont psychomotriciens	208	68	277
dont orthophonistes	190	80	270
dont psychologues	261	215	476
dont aides-soignants	113	1 632	1 745
dont infirmiers (IDE)	131	718	848
Personnel médical	144	193	337
dont généralistes	31	69	100
dont psychiatres	66	68	133
Personnel socio-éducatif	2 240	4 564	6 804
dont aides médico-psychologiques	299	1 952	2 251
dont éducateurs spécialisés	1 087	963	2 050
Personnel de direction	1 102	1 831	2 933
Total	7 415	16 749	24 165

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

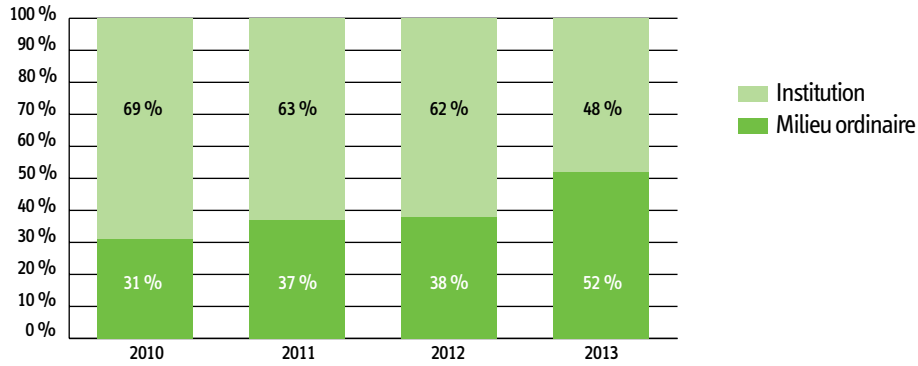
Les analyses qui suivent sont réalisées :
– au regard des objectifs des plans nationaux et du programme pluriannuel de création de places ;
– au regard des objectifs d'accessibilité et de réduction des inégalités.

Sur le secteur des personnes âgées

- **La programmation prévisionnelle des PRIAC 2010-2013 se situe au-delà des objectifs fixés par le PSGA**

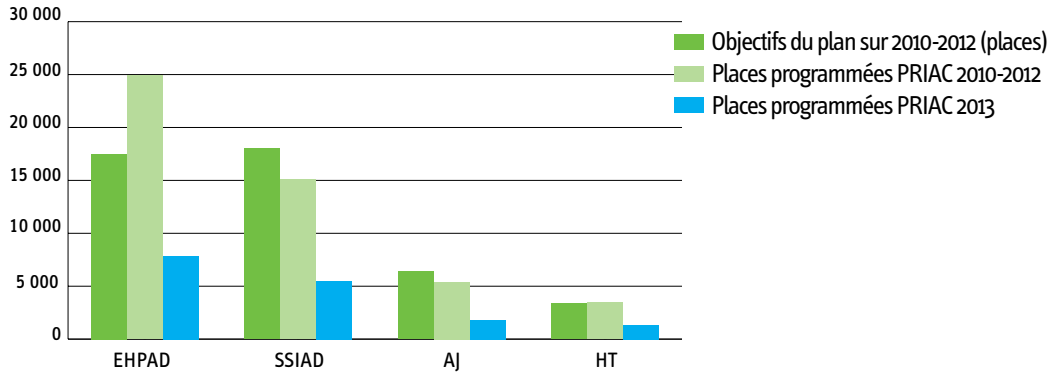
En effet, la part de l'accompagnement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans la programmation des PRIAC diminue sur la période 2010-2013 (38 % sur la période), par comparaison à la version 2009, malgré la demande sociale exprimée en faveur du domicile. Toutefois, si les objectifs du PSGA ne sont pas couverts par les objectifs de programmation sur la période 2010-2012, ils sont légèrement dépassés, si l'on considère également la période 2013. En effet, pour ce qui concerne les SSIAD, ce sont 114 % du PSGA qui sont réellement programmés sur la période 2010-2013.

Répartition de la programmation 2010-2013 en places nouvelles par mode d'accompagnement



• **Ainsi, si la programmation prévisionnelle des PRIAC 2010-2013 s'exécutait,**
tous les objectifs SSIAD et accueil de jour et hébergement temporaire seraient tenus.

Couverture des objectifs des plans nationaux par la programmation PRIAC 2010-2012

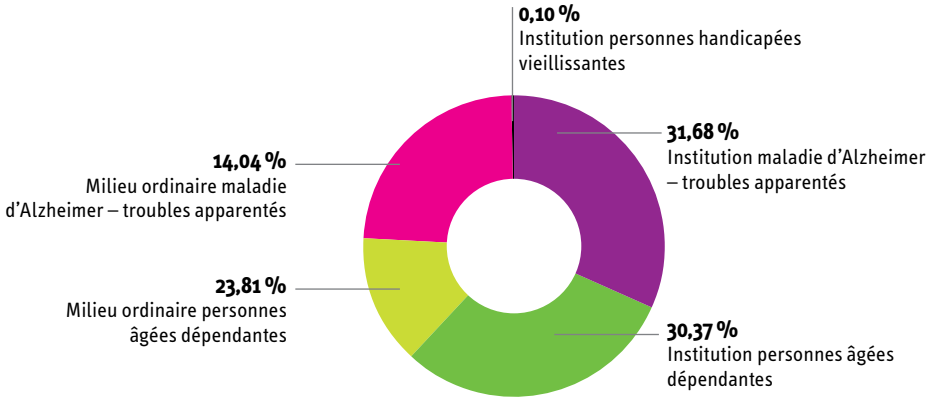


• **Toutefois, la programmation prévisionnelle des PRIAC 2010-2013 se situe au-delà des objectifs fixés par le PSGA pour les EHPAD.** En effet, avec 25 000 places nouvelles programmées sur 2010-2012 (hors places issues de la partition des unités de soins de longue durée – USLD), la programmation des PRIAC se situe très au-delà des objectifs du plan Solidarité grand âge. Elle prévoit ainsi près d'une tranche annuelle supplémentaire par rapport aux objectifs du PSGA dans sa configuration actuelle. Si l'on ajoute à la programmation 2010-2012 la programmation 2013, ce sont plus de 35 000 places d'EHPAD qui sont programmées.

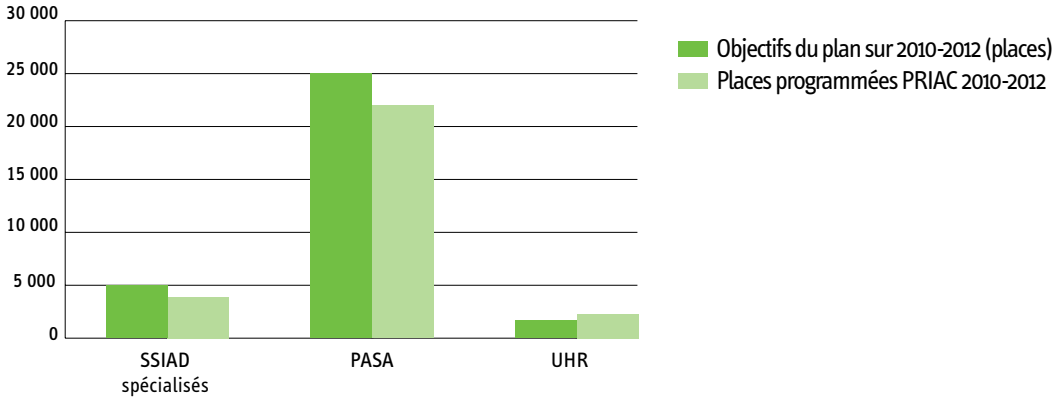
• **Enfin, avec la priorisation qu'il est nécessaire de réaliser, le risque est fort que l'équilibre se réalise plutôt au bénéfice des EHPAD qu'à celui d'une diversification des modes d'accompagnement (SSIAD, AJ et HT).**

• **La progression de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.**
Près de 46 % des places programmées dans les PRIAC sur la période 2010-2013 sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer (*versus* 23 % en version 2009).
L'impact du plan Alzheimer sur le niveau de programmation des places de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), d'unités d'hébergement renforcées (UHR) et de SSIAD spécialisés Alzheimer est donc important sur les programmations 2010-2013. À noter, toutefois, le léger retrait des programmations de PASA par rapport aux objectifs du plan.

Répartition de la programmation 2010-2013 par modes d'accompagnement et par public



Couverture des objectifs du plan Alzheimer par la programmation PRIAC 2010-2012



• **Un impact potentiel sur la réduction des disparités interdépartementales de l'offre pour les personnes âgées**

L'analyse de l'impact de la programmation prévisionnelle 2010-2013 pour le financement des places nouvelles sur les moyens d'assurance maladie consacrés à l'offre globale pour les personnes âgées, tenant compte de la progression des plus de 75 ans (projection à 2013), fait apparaître une réduction potentielle de l'écart type [2] entre les départements de 6 % d'ici à 2013 par comparaison à la situation constatée en 2009 [3]. Ce résultat est à rapprocher de la part que représente le volume des mesures nouvelles programmées par les PRIAC (7 %) sur le montant total des moyens de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées. L'impact est donc nécessairement limité. Cela contribue à la nécessité de promouvoir une action sur les autres leviers de la réduction des écarts, la seule programmation de places nouvelles ne pouvant suffire (et ce, d'autant moins qu'elle est elle-même en retrait par rapport à la réalité des installations) : actions de transformation et action sur les organisations.

Sur le secteur des personnes handicapées

• **Le rééquilibrage de la programmation en faveur des adultes se confirme**

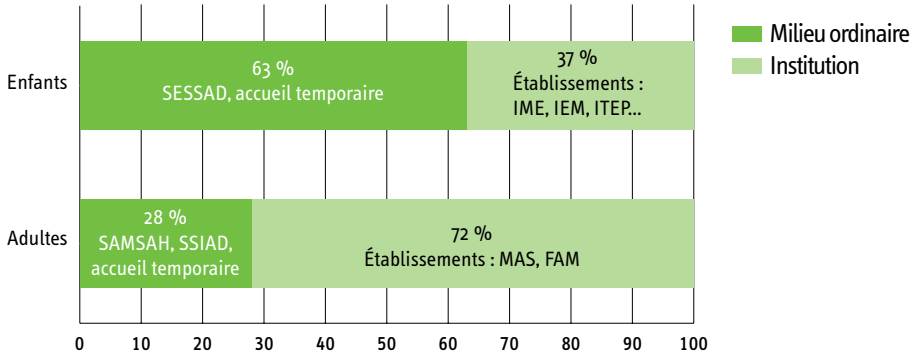
Le rééquilibrage des programmations en faveur du développement de l'offre de services pour les adultes, qui avait été constaté en version 2009, se confirme avec une part des volumes de financement prévisionnel qui s'établit en moyenne à 68 % sur la période 2010-2013. Ce taux est corrélé avec les objectifs du plan pluriannuel de création de places (65 % des financements prévus au titre des mesures nouvelles), en réponse aux enjeux que représentent l'allongement des durées d'accompagnement et l'accroissement des besoins de soins liés au vieillissement.

(2) Définition de l'écart type : l'écart type mesure la dispersion des valeurs par rapport à la valeur moyenne.
(3) Hypothèse de calcul : sans variation des dépenses départementales hors places nouvelles (EHPAD, EHPA, USLD, SSIAD, AJ, HT, AIS).

• **Pour les enfants et adolescents, la programmation du développement de l'offre de SESSAD par la création de nouveaux services se maintient à un niveau élevé alors que les créations par transformation d'établissements existants sont en deçà des objectifs.**

Le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire se poursuit en programmation 2010-2013 ; il représente, comme dans les précédentes versions, 63 % des places programmées pour les moins de 20 ans. Aux places de SESSAD, il convient d'ajouter également le développement de l'offre de CAMSP et CMPP, qui représente près de 10 % du montant total programmé sur la période [4].
Avec près de 7 000 places nouvelles de SESSAD prévues au total sur 2010-2013 (dont 16 % issues de transformations), la programmation est très supérieure aux hypothèses de construction des objectifs nationaux. Cette tendance conforte une situation déjà constatée au cours des exercices précédents. Cette progression, qui s'inscrit dans l'accompagnement de la scolarisation des enfants, implique une coordination renforcée avec la programmation de l'Éducation nationale dans l'intégration individuelle et collective en pluriannuel.

Répartition de la programmation 2010-2013 en places nouvelles par mode d'accompagnement

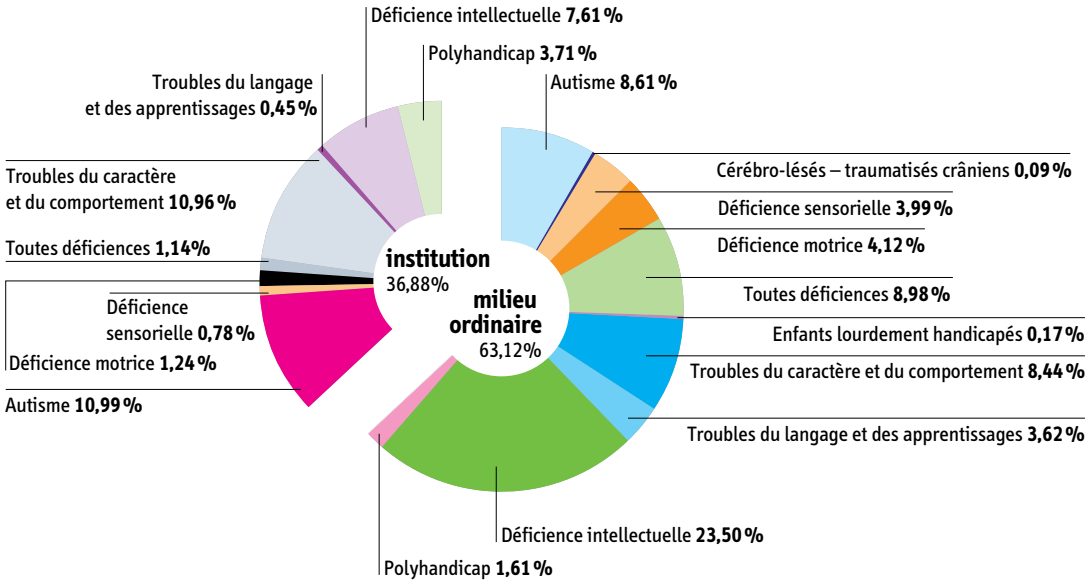


En revanche, la programmation de places de SESSAD par transformation avec la création de 1 219 places n'atteint pas l'objectif du programme pluriannuel pour la période correspondant à celle des PRIAC, soit 2 800 places. Cela confirme l'effort à mener par les ARS en accompagnement des transformations.

La répartition des places nouvelles programmées selon les publics reste globalement dans les mêmes proportions que celle des PRIAC version 2009 : le développement de l'offre pour les déficiences intellectuelles représente près du tiers de la programmation (31 % du total des places programmées, avec toutefois une légère recrudescence de la programmation en établissements) ; les autres handicaps principalement ciblés sont l'autisme (19 %) et les troubles du caractère et du comportement (19 %) et, dans une moindre mesure, le polyhandicap (5 %), les déficiences motrices (5 %), les déficiences sensorielles (5 %) et les troubles du langage et des apprentissages (4 %).
L'analyse régionale précisera ce qui constitue un mouvement général et ce qui est lié à la réduction des inégalités.

(4) Valorisation du développement des CAMSP-CMPP en montants programmés.

Places programmées 2010-2013 par public et mode d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Enfants



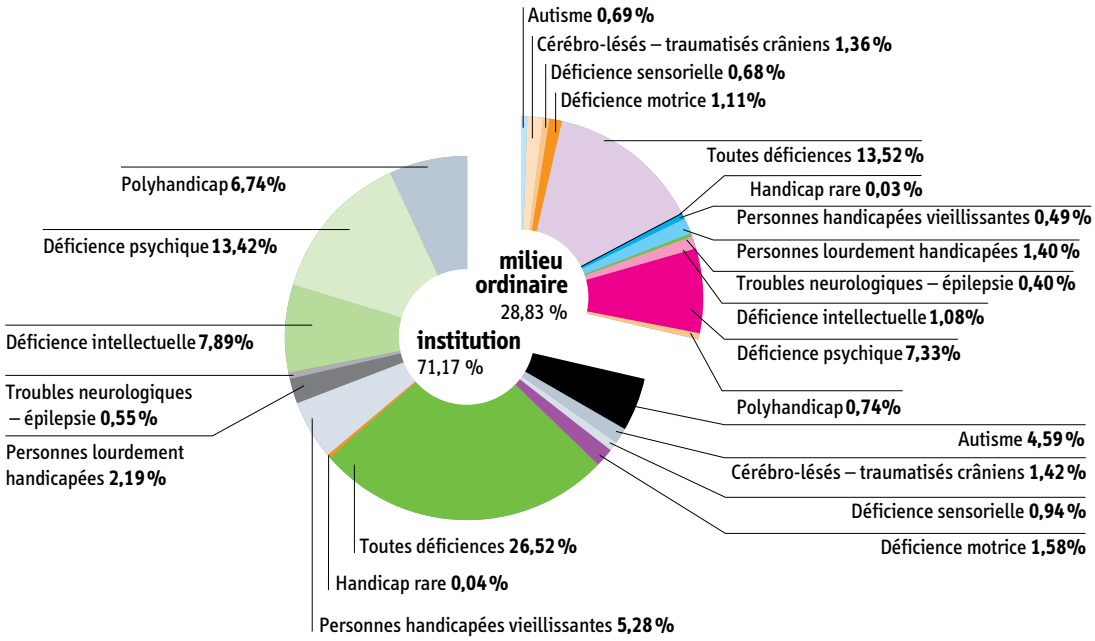
• **Sur le secteur des adultes, la programmation 2010-2013 privilégie le développement de l'accès aux établissements pour les personnes les plus lourdement handicapées**

La programmation des places en établissements représente plus de 70 % de la programmation des PRIAC pour les adultes handicapés sur la période 2010-2013. Les besoins en capacité de MAS et FAM pour les plus lourdement handicapés restent prioritaires tandis que la programmation des capacités de services d'accompagnement en milieu ordinaire est en deçà de l'objectif du programme pluriannuel (6 400 places programmées en SAMSAH-SSIAD sur 2010-2013).

Par ailleurs, la répartition de la programmation de l'offre en MAS (39 %) et FAM (61 %) se rapproche de l'objectif du programme, soit 35 % / 65 % (mais la réalisation effective actuelle est plus proche de 50/50).

La répartition de la programmation des places nouvelles par public fait apparaître une poursuite du développement de l'offre dédiée au handicap psychique (21 % du total des places programmées) ; les autres handicaps ou publics principalement ciblés sont les déficiences intellectuelles (9 %), le polyhandicap (8 %), les personnes handicapées vieillissantes (6 %) et l'autisme (5 %).

Places programmées 2010-2013 par public et mode d'accompagnement (institution/milieu ordinaire) – Adultes



• Le développement de l'offre par adaptation et transformation de l'équipement existant s'intensifie sur le secteur des enfants mais il reste insuffisant notamment sur l'accompagnement en milieu ordinaire pour les enfants.

Sur l'ensemble des places nouvelles programmées dans les PRIAC actualisés en 2010 pour la période 2010-2013, 21 % sont issues de transformation ou d'adaptation de l'équipement existant destiné aux enfants. La tendance est donc au développement des actions en faveur de l'adaptation de l'offre existante en comparaison des versions précédentes des PRIAC.
La typologie des actions reste globalement la même :
– Requalification de places existantes pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents nécessitant un accompagnement plus lourd (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places pour autistes) ou transformation d'agrément pour l'accueil d'un autre public (exemple : transformation de places d'IME pour déficients intellectuels en places d'ITEP pour enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement).
– Transformation de places d'établissements en places de services pour l'accompagnement en milieu ordinaire (ex. : transformation de places d'IME ou d'IEM en SESSAD) ;
– Délocalisation de sites d'implantation des établissements pour un rapprochement des zones de vie des enfants et des familles.
Sur le secteur des adultes handicapés, la part des places issues de transformation de l'existant s'élève à 7 % du total des places programmées pour 2010-2013, auxquelles s'ajoutent les places de FAM issues de la médicalisation de foyers de vie non identifiées en tant que transformations. Les opérations concernent essentiellement des créations de places de MAS ou FAM, issues de recomposition de l'offre hospitalière, ou de requalification et de restructurations.

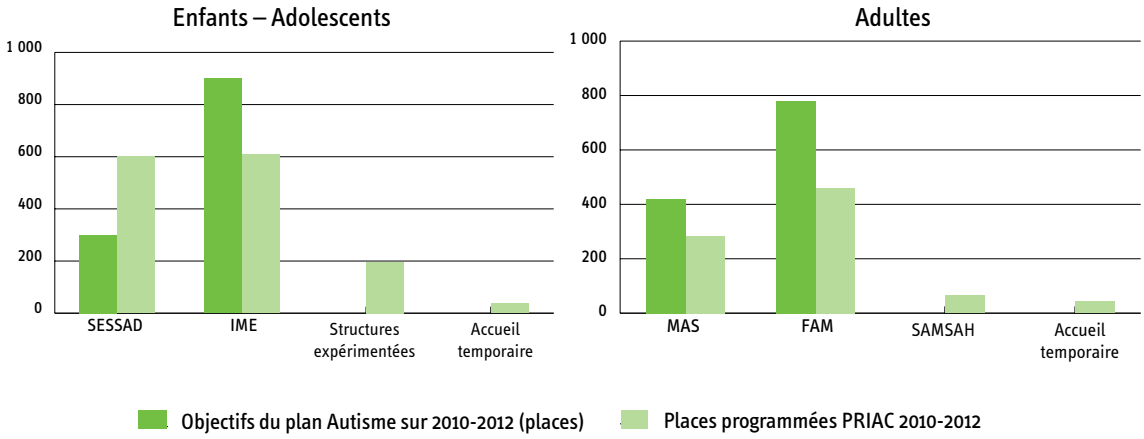
• Les problématiques spécifiques

Les objectifs du plan Autisme sont partiellement atteints en prévision
La programmation des places nouvelles dédiées à l'autisme et aux TED des PRIAC sur la période 2010-2012 [5] est largement supérieure aux objectifs du plan Autisme pour ce qui concerne les SESSAD (600 places / 300 places) mais en cohérence sur le volet établissements si l'on prend en compte, au-delà des places d'IME, les places des structures expérimentales et les places d'accueil temporaire.

(5) Échéance du financement des mesures du plan Autisme en 2012 (5 ans : 2008-2012).

Sur le secteur des adultes, en revanche, la programmation reste en deçà des objectifs du plan Autisme, avec 744 places de MAS-FAM pour 1200 places prévues au plan Autisme. À cela s'ajoutent 65 places de SAMSAH et 43 places d'accueil temporaire. Ce constat est à relier avec le faible niveau de prospective sur les besoins des adultes handicapés.

Taux de couverture des objectifs du plan Autisme par les places nouvelles programmées sur 2010-2012



La planification de l'offre pour les handicaps rares ou nécessitant une expertise complexe
La programmation de l'offre pour les handicaps rares, qui dépasse l'aire régionale ou les situations nécessitant une expertise complexe, devra être réalisée en conformité avec les orientations définies par le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale adopté le 27 octobre 2009 par les ministres. Les premiers travaux d'analyse territoriale sont en cours ; ils permettront d'aboutir à des hypothèses de programmation d'une évolution de l'offre en établissements et services.

L'expression de besoins non identifiés par les plans nationaux
• Des situations de rattrapage territorial d'équipement
Les PRIAC font apparaître des besoins ciblés, hors des objectifs nationaux, pour le développement de places de centres de préorientation (CPO) et de centres de réadaptation professionnelle (CRP), dans plusieurs régions.
• L'expérimentation de modes de réponse nouveaux ou émergents
Un besoin de structuration de la fonction d'appui au niveau régional ou interrégional s'exprime, comme en 2009, à travers des projets de « centres de ressources » pour des publics ou des problématiques spécifiques (handicap psychique, troubles du comportement, accompagnement vers l'emploi, apprentissage adapté). Leurs missions devront être précisées tant auprès des familles et usagers que des professionnels, y compris des MDPH pour l'évaluation des situations individuelles.
Des modalités de coopération entre les acteurs apparaissent également à travers la programmation d'équipes mobiles, associant des professionnels du secteur sanitaire et du champ médico-social, pour apporter un soutien dans les établissements et services, notamment en direction de certains publics tels les enfants autistes.

• L'impact de la programmation 2010-2013 sur la réduction des disparités interdépartementales d'équipement pour les personnes handicapées

Une légère augmentation potentielle des écarts entre les départements pour l'offre en établissements pour enfants et adolescents
L'analyse de l'impact de la programmation 2010-2013 de places nouvelles pour les enfants et adolescents, tenant compte de l'évolution de la population des moins de 20 ans (projection à 2013), fait apparaître une légère augmentation potentielle de l'écart type [6] entre les départements pour l'ensemble des équipements de 1,4 % d'ici à 2013, par comparaison à la situation constatée en 2008, pour une augmentation prévisionnelle du nombre de places de l'ordre de 6 % sur la période (14 % sur les SESSAD et 3 % sur les établissements).

(6) Définition de l'écart type : l'écart type mesure la dispersion des valeurs par rapport à la valeur moyenne.

Ce résultat global recouvre néanmoins deux situations contrastées : l'écart entre les taux d'équipement départementaux se creuserait de 23 % pour les places de SESSAD et de seulement 0,8 % pour les places d'établissements.

Un impact contrasté sur les écarts d'équipements pour les adultes handicapés

L'analyse de l'impact de la programmation 2010-2013 de places nouvelles pour les adultes, tenant compte de l'évolution de la population des 20-59 ans (projection à 2013), fait apparaître une légère progression potentielle de l'écart type [7] entre les départements pour l'ensemble des équipements de + 1,2 % d'ici à 2013, par comparaison à la situation constatée en 2009, et pour une augmentation totale du nombre de places de 22 % (54 % sur les services, 19 % sur les établissements). Ce résultat masque deux situations contraires : les écarts se creusent concernant l'accompagnement en milieu ordinaire (+ 6 %, traduisant un effort contrasté entre les départements pour le développement de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire, ne se traduisant pas par un rééquilibrage territorial d'équipement), mais se réduisent pour ce qui est des établissements (– 2,25 %).

Cette analyse des programmations, réalisée au regard des plans nationaux et des objectifs d'accessibilité et de réduction des écarts, confirme plusieurs tendances à prendre en compte, à la fois dans les travaux de prospectives que les ARS devront développer dans le cadre de la mise en place du PRS et des schémas régionaux, et dans les travaux nationaux d'approfondissement de la connaissance des besoins :

- La tension reste forte sur les volumes de programmation en faveur des enfants handicapés.
- Sur le champ des adultes handicapés, la tension sur la prise en charge institutionnelle reste à un niveau élevé, au détriment du maintien à domicile par la mise en place d'un accompagnement par des services médico-sociaux.
- La diversification de l'offre est en retrait et va nécessiter une analyse plus approfondie par région afin d'en repérer les freins, limites et facteurs facilitateurs.
- Les volumes de programmation sur les champs de compétence partagés avec les conseils généraux se situent à des niveaux différents : alors que les EHPAD sont très largement présents dans les programmations régionales, les SAMSAH, FAM et la médicalisation de foyers de vie sont plus en retrait.

La nouvelle planification et programmation médico-sociale impliquera une analyse, des échanges conséquents et une coordination sur le champ de compétence partagée avec les conseils généraux. De même, la concertation avec les autres politiques publiques de l'État (Éducation nationale, PMI, DIRECCTE, conseil régional…) permettra de repérer les freins au développement de la diversification de l'offre de services et de les prendre en compte pour poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins des usagers.

(7) Définition de l'écart type : l'écart type mesure la dispersion des valeurs par rapport à la valeur moyenne.

Annexe 5 – Bilan d'exécution du plan d'aide à l'investissement (PAI 2010) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

La politique d'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social conditionne le développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées, en particulier, et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales).
Les aides publiques permettent ainsi de limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient acquittés par l'assurance maladie (secteur handicap) ou par l'usager (secteur personnes âgées), se substituant en partie à l'emprunt. Au-delà de ce premier bénéfice, le plan d'aide à l'investissement (PAI) permet une optimisation des surcoûts liés au projet d'investissement en permettant, par la transférabilité des subventions accordées, de réduire la charge d'amortissement au-delà des seuls frais financiers.

Le flux d'investissement cumulé nécessaire, entre adaptation et création, est estimé, sur la base des données disponibles, pour le secteur personnes âgées entre 3,2 et 3,5 Md € par an (hors mesures spécifiques Alzheimer) et, pour le secteur du handicap, à 1,4 Md € par an sur la période couverte par les plans nationaux.

L'accompagnement de l'investissement, dans un secteur en développement et qui s'est fortement construit dans les années 60 à 80, se concentre aussi sur la modernisation des structures existantes, pour l'accueil de publics plus lourdement handicapés. Depuis 2008, il contribue à la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer, par l'aide à l'investissement relative aux unités d'hébergement renforcées (UHR) et aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

Depuis 2006, 2 001 opérations d'investissement au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées dépendantes ont été soutenues par la CNSA, à hauteur de 1,52 Md €, ce qui représente un montant total de travaux de 9,5 Md € (soit un effet de levier supérieur à six).

Depuis 2009, à la demande de l'État – exprimée par lettre du 6 novembre 2008 des ministres du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité et du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique –, la CNSA a repris le financement des opérations inscrites aux contrats de projet État-région 2007-2013 (CPER) n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation d'engagement par l'État au titre des exercices 2007 et 2008 (soit un montant d'aides totale de 165 M€ sur la période).

Les aides à l'investissement de la CNSA – qui constituent une mission pérenne de la Caisse depuis 2008 – ont été financées exclusivement sur ses réserves jusqu'en 2011, en l'absence de recette spécifiquement affectée.

BILAN DES NOTIFICATIONS DU PLAN D'AIDE À L'INVESTISSEMENT 2010

Suite au Conseil du 30 mars 2010 et dans le cadre de l'instruction CNSA du 27 mai 2010 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement 2010, une aide à l'investissement de 151 M€ a été répartie à hauteur de 121 M€ sur le champ personnes âgées et 30 M€ sur le champ personnes handicapées.
À ce montant se sont ajoutés 52,7 M€ au titre de la reprise des engagements CPER pour l'année 2010.

L'année 2010 a été marquée par un exercice de notification tardive et en plusieurs temps dans un contexte de mise en place des agences régionales de santé (ARS) et d'intégration des objectifs relatifs aux unités spécifiques Alzheimer.

- Une réception des programmations des ARS complètes pour instruction majoritairement en octobre-novembre.
- La notification des opérations relatives à la tranche 2010 des CPER 2007-2013 au mois de juin.
- La notification des opérations PAI 2010, dans un premier temps, les opérations relatives aux établissements pour personnes handicapées (novembre) puis, après contrôle de la prise en compte des priorités au titre du plan Alzheimer, les notifications relatives à la programmation personnes âgées en décembre.

L'analyse synthétique des notifications 2010 donne les résultats suivants

	Montant total notifié (M€)		Nombre d'opérations financées		Montant total des travaux générés (M€)		Taux moyen d'aide (calculé sur la dépense subventionnable) %	
	Personnes âgées	Personnes handicapées	Personnes âgées	Personnes handicapées	Personnes âgées	Personnes handicapées	Personnes âgées	Personnes handicapées
CPER	30,89	21,79	25	22	331,08	157,35	22 %	19 %
PAI personnes handicapées		29,85		49		255,87		19 %
PAI personnes âgées + PASA	100,48		256		1 001,91		25 %	
Total	**131,37**	**51,64**	**281**	**71**	**1 332,99**	**413,22**	**33 %**	**19 %**

Les données détaillées sont en cours d'exploitation, du fait des reports des notifications et du traitement prioritaire des conventions et des paiements.

La reprise des opérations CPER

RAPPEL DES CONDITIONS DE LA REPRISE DES ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT AU TITRE DU CPER

Sur la base des engagements pris par l'État dans le cadre des CPER 2007-2013 et sur la base de la liste des opérations transmise par la DGAS, l'état actuel de la programmation des opérations inscrites dans le CPER a permis d'identifier pour les cinq années 2009 à 2013 un besoin de financement de l'ordre de 165 M€. Cet engagement a été intégralement provisionné en 2009, une première tranche de 30 M€ a été notifiée à ce titre sur l'exercice 2009.

TRANCHE 2010 DES CPER 2007-2013

La demande exprimée par les préfets de région en février 2010 au titre des demandes d'engagements pour l'année 2010 s'élevait à 63 M€. Après contrôle de cohérence notamment sur l'éligibilité des dossiers et la date réelle de démarrage des travaux, soit avant le premier semestre 2011, 47 opérations ont été notifiées pour un montant total de 52,7 M€ :

- 30,89 M€ sur le champ des personnes âgées pour 25 opérations ;
- 21,79 M€ sur le champ des personnes handicapées pour 22 opérations.

La mise en œuvre des priorités sur le secteur des personnes handicapées

Pour rappel, les priorités 2010 étaient les suivantes :
- **le soutien à la création de places nouvelles pour les adultes les plus lourdement handicapés ;**
- **le maintien sélectif de l'effort visant à la restructuration des établissements pour enfants handicapés.**

Le soutien en investissement sur le secteur de l'enfance devra se concentrer sur les territoires en situation de rattrapage de développement de l'offre et permettre d'accompagner les opérations de transformation de l'offre existante.
L'aide à l'investissement sur le secteur de l'enfance doit permettre l'adaptation des structures, y compris leur relocalisation dans un contexte de développement de la politique de scolarisation en milieu ordinaire.
La vigilance doit notamment être maintenue sur la pertinence de la localisation des établissements pour enfants, les capacités à rénover et les modalités d'accueil (internat, notamment).

À l'issue du contrôle du périmètre légal, ainsi que du contrôle de cohérence (notamment sur l'éligibilité des dossiers et la date de démarrage des travaux, avant le premier semestre 2011), au regard des priorités 2010, **49 opérations** ont été notifiées pour un montant d'aide de **29 847 762 €,** sur le secteur des personnes handicapées. L'attention de quelques ARS a été attirée sur l'équilibre à maintenir entre les priorités pour les enfants et adultes handicapés. La vigilance doit être renforcée sur la reconstruction d'internat.

La répartition de la notification sur le secteur personnes handicapées se répartit comme suit :
- 31 dossiers sur le champ adultes pour une aide totale de 19,4 M€ et d'un taux d'aide moyen de 19 % ;
- 18 dossiers sur le champ enfance pour une aide totale de 10,43 M€ et d'un taux d'aide moyen de 19 %.

La mise en œuvre des priorités sur le secteur des personnes âgées

Les priorités pour 2010, à l'intérieur du périmètre légal d'intervention inchangé, s'inscrivent dans la mise en œuvre des objectifs quantitatifs et qualitatifs des plans nationaux (PSGA, et tout particulièrement le plan Alzheimer) et dans la poursuite du soutien à la modernisation des établissements pour l'accueil de personnes en perte d'autonomie.

Dans ce cadre et afin de répondre aux enjeux et objectifs du plan Alzheimer, la priorité 2010 visait plus spécialement le soutien aux projets de création d'unités spécialisées (PASA et UHR) pour personnes malades Alzheimer et le financement des adaptations architecturales en découlant.

Un critère de priorisation : maîtriser l'impact des opérations d'investissement sur le reste à charge

Dans l'optique de la maîtrise du reste à charge des personnes âgées, le principe de ciblage des aides à l'investissement de la CNSA sur les établissements habilités à l'aide sociale [1] a été réaffirmé.

Cette condition ne s'appliquait pas aux capacités d'activités sociales et thérapeutiques de jour, qu'elles soient dispensées pour des personnes extérieures (accueil de jour) ou pour des personnes résidant dans l'EHPAD (PASA), afin d'en favoriser le développement.

Modalités spécifiques de soutien aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Afin de soutenir le développement des PASA, le plan d'aide l'investissement 2010 a fléché une sous-enveloppe d'un montant de 42 M€ non fongible avec le reste de l'enveloppe d'aide à l'investissement sur le secteur des personnes âgées. Elle correspondait à un montant minimum d'aide réservé à la création de ces unités, mais non limitatif : tout besoin financier complémentaire pour la réalisation de PASA devait être programmé dans le cadre de l'enveloppe régionale notifiée au titre du PAI sur le secteur personnes âgées.

À titre indicatif, cette enveloppe a été calibrée sur la base d'un coût d'investissement de 25 000 € à la place et d'une subvention au taux moyen d'aide de la CNSA (20 %), permettant de financer un tiers des PASA à réaliser avant 2012.

Pour garantir la réalisation des objectifs du plan, les directives suivantes ont été précisées en octobre :

- Le taux d'aide plafond de 40 % de la dépense subventionnable devait être appliqué dans le cas d'une opération d'investissement globale portant sur un EHPAD, le taux de l'aide spécifiquement apportée au PASA pouvant le dépasser.
- En revanche, si l'opération porte uniquement sur un PASA, le taux d'aide ne peut dépasser 40 % de la dépense subventionnable, sauf demande de dérogation de l'ARS motivée justifiant cette demande au regard des circonstances particulières du projet.
- Il était par ailleurs recommandé de plafonner la dépense subventionnable par place de PASA à 25 000 € en vue de la réalisation de l'objectif de 25 000 places de PASA à l'horizon 2012 ; la part de l'enveloppe régionale PASA non consommée en 2010 est de 20,5 M€.

Modalités de soutien des unités d'hébergement renforcées (UHR)

Compte tenu de la nature des travaux nécessaires pour l'adaptation ou la création d'UHR, les modalités de mobilisation d'aide à l'investissement étaient identiques à celles prévalant pour toutes les opérations de restructuration ou de construction importantes.
Dans les deux cas, les projets présentés au titre du PAI devaient avoir déposé une demande de labellisation auprès des services des ARS avec engagement de réalisation conforme aux cahiers des charges.

(1) Ou, pour les établissements partiellement habilités à l'aide sociale, à concurrence du nombre de places habilitées.

À l'issue du contrôle du périmètre légal, ainsi que du contrôle de cohérence (notamment sur l'éligibilité des dossiers et la date de démarrage des travaux), au regard des priorités 2010, **256 opérations** ont été notifiées en décembre pour un montant d'aide de **100 482 230 €,** sur le secteur personnes âgées, décomposé comme suit :

- 21 482 230 € sur l'enveloppe PASA pour 190 opérations de PASA, soit un solde non consommé de 20 517 770 €, qui a vocation à être reporté ;
- 79 000 000 € sur l'enveloppe personnes âgées pour 256 opérations dont 4 créations de PASA et 29 créations d'UHR.

La publication des cahiers des charges PASA et UHR en juin 2010, l'appropriation des objectifs et des conséquences organisationnelles de ces modes d'activité et l'engagement du processus de labellisation pendant l'été ont pesé sur le montage des dossiers de demande d'aide, tant dans leur contenu que dans les délais de constitution des dossiers. Ce qui fait de l'année 2010 une année de démarrage. Le versant fonctionnel et architectural des projets devra être approfondi dans les exercices à venir. L'analyse rétrospective des dossiers aidés par le PAI sur les exercices antérieurs demandant une labellisation comme UHR ou PASA est en cours. La mise en œuvre de cet objectif a eu pour conséquence de multiplier par 1,6 le nombre de dossiers à instruire et à finaliser dans l'année.

Dans une enveloppe consacrée à la modernisation et aux créations en réduction, l'expression directe de besoins d'aide à l'investissement s'exprime auprès de la CNSA de façon continue, avec une demande de lisibilité pluriannuelle relayée par les ARS.

Exécution financière des plans d'aide 2006-2010 :

Année plan d'aide à la modernisation ou plan d'aide à l'investissement	Taux de consommation au 31/12/2010
2006	67 %
2007	48 %
2008	33 %
2009	38 %
2010	3,5 %

Annexe 6 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2009

Résumé de la publication Les MDPH : un nouveau service public reconnu – *décembre 2010 – disponible sur le site internet de la CNSA.*

Bien que réellement installées dans le paysage administratif de notre pays, les MDPH ne sont probablement pas encore en vitesse de croisière. Les réformes complémentaires que les MDPH ont eu, les premières années, à mettre en œuvre, comme celles probablement à venir, ne leur permettent pas une navigation paisible.

VERS UN FONCTIONNEMENT OPTIMISÉ

Beaucoup de départements notent que l'environnement administratif et opérationnel des MDPH s'est progressivement modifié et que l'évolution des effectifs, avec une plus grande stabilité pour certains personnels, notamment le personnel administratif, a favorisé la professionnalisation, l'adaptation de l'organisation interne et les changements de pratiques.
Des comptes administratifs transmis par l'ensemble des départements, il ressort des informations financières relatives à la gestion des MDPH venant compléter utilement les données d'activité issues des rapports d'activité.
Les dépenses totales des MDPH s'établissent à 274,8 M€. La plus grande partie correspond à des dépenses de personnel. Les recettes s'élèvent à 277,1 M€. Les excédents sont en diminution, passant de 4 M€ en 2008 à 2,3 M€ en 2009.

Synthèse nationale des données financières des MDPH en 2009

Dépenses (€)		**274 824 144**	% du total
Dépenses totales d'investissement		**13 144 943**	**5%**
Dépenses totales de fonctionnement		**261 679 201**	**95%**
dont	*Dépenses de personnel*	*200 812 254*	*77%*
	Charges à caractère général	*45 101 705*	*17%*
	Autres charges (provisions, charges financières, charges exceptionnelles...)	*15 765 242*	*6%*
Par contributeur	*Dépenses des conseils généraux*	*75 711 185*	*28%*
	Dépenses de l'État	*49 181 553*	*18%*
	Dépenses de la sécurité sociale	*1 454 539*	*1%*
	Dépenses des autres contributeurs	*2 101 394*	*1%*
Zoom dépenses MDPH	Dépenses d'investissement des MDPH	5 949 121	2%
	Dépenses de fonctionnement des MDPH	140 426 351	51%
Recettes (€) [2]		**277 101 645**	% du total
Apports totaux d'investissement		**14 724 966**	
Apports totaux de fonctionnement		**262 376 679**	
Apport en dotation des contributeurs		137 345 585	50%
Apport en charges de personnel des contributeurs		107 166 552	39%
Apport en charges générales des contributeurs		14 086 297	5%
Apport en investissement des contributeurs		7 195 822	3%
MDPH (investissement, vente, autres produits d'activité, produits financiers...)		11 307 388	4%
Par contributeur	*Contribution conseils généraux* [3]	107 477 156	39%
	Contribution État	94 648 237	34%
	Contribution CNSA [4]	58 046 618	21%
	Contribution sécurité sociale	1 868 490	1%
	Autres (Mutualité, Ugecam...)	3 753 756	1%
	MDPH (investissement, vente, produits financiers, produits exceptionnels)	11 307 388	4%
Zoom dépenses MDPH	Dépenses d'investissement des MDPH	7 529 144	3%
	Dépenses de fonctionnement des MDPH	141 123 829	51%

Source : exploitation CNSA des maquettes 2009.
(1) Les recettes recensent les moyens effectivement mis à disposition des MDPH.
(2) Les apports des CG sont diminués de la part du concours CNSA versée aux CG et non reversée aux MDPH (10 638 191 €).
(3) Le concours versé en 2009 était de 60 M€, mais le renouvellement tardif de certaines conventions a entraîné des versements sur l'exercice 2010.

Composantes de la dépense en 2009 (fonctionnement + investissement)

Les dépenses de personnel représentent 73 % des dépenses totales (77 % hors investissement), les charges de fonctionnement général s'élèvent à 16 % et les autres charges à 6 %.
Au niveau national, la dépense moyenne par habitant (population de moins de 60 ans) s'établit à 5,2 € (contre 4,8 € en 2008). La valeur la plus basse se situe à 2,7 € et la plus élevée à 15,2 € soit, comme l'année précédente, un rapport de un à plus de cinq entre les situations départementales extrêmes.

Répartition des dépenses du GIP en 2009

Pour les deux premiers contributeurs, le conseil général et l'État (Cohésion sociale, Travail et emploi, Éducation nationale), la tendance des années précédentes se confirme. Ainsi, la participation de l'État continue de diminuer proportionnellement (34 % contre 36 % en 2008), principalement en raison de la nette augmentation de celle du conseil général (39 % contre 37 % en 2008). Cependant, les crédits de l'État augmentent légèrement (94,6 M€ contre 92,8 M€ en 2008).
La CNSA contribue en 2009 à hauteur de 21 %, son concours ayant été porté de 45 M€ en 2008 à 60 M€. Les autres contributions proviennent des organismes de sécurité sociale (1 %) et de divers autres partenaires (1 %).

Les personnels des MDPH

Quatre ans après la création des maisons départementales, les professionnels qui constituent les nouvelles équipes sont trois fois plus nombreux que ceux qui travaillaient dans les anciens dispositifs (CDES, COTOREP, sites pour la vie autonome) et qui étaient moins de 1700 agents.
Les données nationales font ainsi apparaître un nombre de 4 874 équivalents temps plein travaillant en leur sein, pour un total d'environ 5 700 professionnels.

Récapitulatif des emplois en 2009 répartis par employeur (en ETP)

Conseils généraux	2 342
GIP – MDPH	1 279
État – Cohésion sociale	559
État – Travail et emploi	254
État – Éducation Nationale	341
Autres	99
Total	**4 874**

Le nombre des personnels de l'État ne représente plus que les deux tiers des effectifs mis à disposition initialement, lors des conventions constitutives des GIP au 1er janvier 2006.

L'importante progression du nombre des emplois est encore plus sensible quand on apprécie les **qualifications des professionnels** recrutés depuis 2006. Alors que la quasi-totalité des emplois étaient autrefois tenus par des agents de catégorie C de la fonction publique [5], les nouveaux recrutements ont permis d'enrichir les compétences techniques, notamment au sein des équipes pluridisciplinaires : médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, ergothérapeutes.

(5) Les emplois de catégorie C ou assimilés ne représentaient plus que la moitié des effectifs en 2009.

Les nouveaux recrutements ont été possibles grâce à **l'engagement important des conseils généraux,** qui mettent à la disposition de leurs maisons départementales 2 342 emplois, auxquels on peut ajouter les personnels directement salariés par les GIP (1 279 emplois), le financement de ces dépenses étant aidé par le concours de la CNSA. Les fonctionnaires mis à disposition par les services déconcentrés de l'État, au nombre de 1154, ne représentent plus que le quart des professionnels travaillant dans ces nouvelles structures.

On peut par ailleurs considérer que le concours de la CNSA, porté à 60 M€ en 2009, permet le financement indirect, par le GIP ou par les services départementaux selon les cas, de quelque 1 200 emplois [6].
On peut très globalement dire que, pour des personnels qui ont triplé en quatre ans, un quart sont payés par l'État, un quart grâce aux crédits de la CNSA et la moitié par les ressources propres des départements.

Les systèmes d'information

Plus de la moitié des départements ont signé en 2009 l'avenant au protocole d'assistance des MDPH pour la reprise des données et l'arrêt du service et de l'exploitation des applicatifs informatiques ITAC et OPALES.

Le système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), prévu par la loi du 11 février 2005, s'appuie sur la transmission des données des départements vers la CNSA afin d'élaborer des indicateurs de pilotage et de les mettre à disposition.
Cette transmission des données répond aux obligations suivantes :
- les données échangées sont des données individuelles ;
- ces données sont rendues anonymes ;
- l'identifiant permettant d'effectuer un possible chaînage est rendu doublement anonyme : une première fois au sein du système d'information émetteur et une deuxième fois dans le système d'information récepteur.

Ces principes seront repris dans un futur arrêté qui fixera le périmètre officiel des données à transmettre et les nomenclatures à respecter par les MDPH.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Tous les rapports d'activité des maisons départementales consacrent un chapitre à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), avec le souci affirmé d'une recherche de l'optimisation des organisations.

Mais certaines difficultés sont pointées :
- Le fonctionnement des MDPH a été perturbé par la mise en place de leur nouveau système d'information.
- La difficulté à réunir le quorum des membres de la commission est très souvent mentionnée, ce qui n'était pas le cas au cours des premières années. Les représentants de l'État, dans des départements où le nombre de réunions mensuelles est très important, ne peuvent pas toujours être présents.
- Quelques maisons départementales expriment une réserve sur le formulaire de demande simplifié.
- Une très forte augmentation des demandes en vue de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Pour expliquer ce phénomène, il est souvent fait référence au contexte économique morose, tout autant qu'à l'obligation d'emploi par les entreprises.

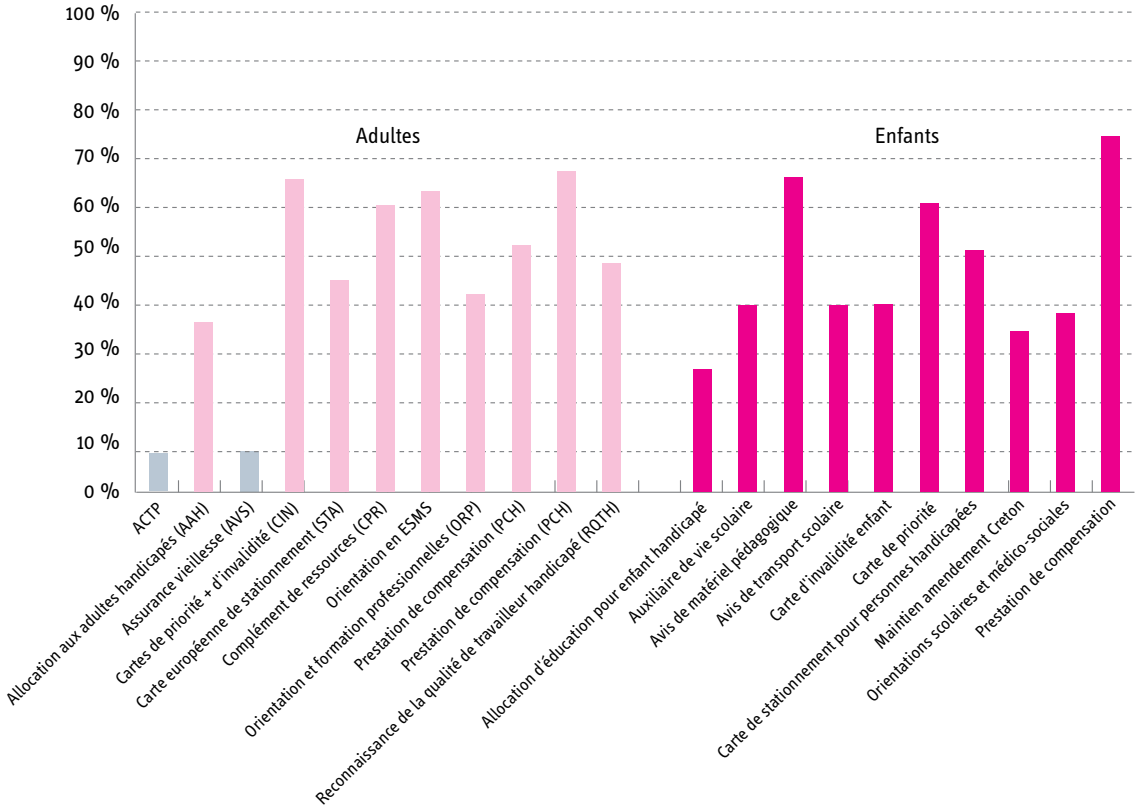
De nombreux rapports d'activité témoignent de la création d'espaces d'échange au sein de la CDAPH en deçà de l'étude des dossiers individuels. Ces échanges prennent la forme de comités permanents, de commissions extraordinaires « de doctrine » et de jurisprudence, ou quelquefois, même, de véritables séminaires techniques.

La montée en compétence des acteurs ressort clairement de la formation professionnelle et de l'échange des pratiques.

- **Des actions de formation professionnelle** ont été régulièrement entreprises en direction des membres de la CDAPH, avec des apports sur de multiples thématiques. Une illustration peut être donnée avec les formations juridiques sur diverses prestations.
- **L'échange de pratiques** a pour objectif de favoriser le développement d'une culture commune et de réduire ainsi les écarts entre les procédés de traitement des demandes.

(6) Les trois quarts des dépenses des MDPH sont des dépenses de personnel.

Part des premières demandes dans le total des demandes déposées en 2009 par prestation et orientation adultes et enfants



Pour l'année 2009, la part de premières demandes dans le total des demandes déposées est toujours importante et cela pour quasiment toutes les prestations pour les adultes et les enfants, la PCH occupant la première place pour les deux secteurs.

Les délais de traitement des demandes

La loi de 2005 fixant un délai légal de 4 mois pour le traitement des demandes, il est intéressant de noter que la moyenne des délais indiqués est proche de 4,2 mois pour l'ensemble des prestations. La moitié des MDPH déclarent ainsi des délais inférieurs ou égaux à 4 mois. Toutefois, d'importantes disparités existent entre les départements et entre les différents types de demande.

Délais moyens de traitement des demandes adultes en 2009 (échantillon : 80 MDPH)

- Moyenne des délais : 4,2 mois.
- Moyenne des délais pour 95 % des demandes : 3,8 mois.
- Écart type : 1,5 mois.
- La moitié des MDPH traite les demandes en moyenne en moins de 4 mois.

Ce résultat pourrait confirmer, maintenant, l'adaptation des organisations au traitement des flux. Mais il convient de considérer cette moyenne avec les délais de traitement des demandes de PCH, prestation pour laquelle de très nombreux rapports d'activité font état de délais dépassant très largement les 4 mois.

Délais moyens de traitement des demandes enfants en 2009 (échantillon : 79 MDPH)

- Moyenne des délais : 2,9 mois.
- Écart type : 1,6 mois.
- La moitié des MDPH traite les demandes en moyenne en 2,5 mois.

La moyenne des délais de traitement des demandes relatives aux enfants est de moins de 3 mois (2,9 mois), soit sensiblement moins que l'obligation légale.

Il serait intéressant d'étudier ce chiffre à la lumière des organisations mises en place, afin de déterminer les raisons de cette efficience et de vérifier l'homogénéité des méthodes de comptabilisation des délais.

Le fonctionnement de la commission

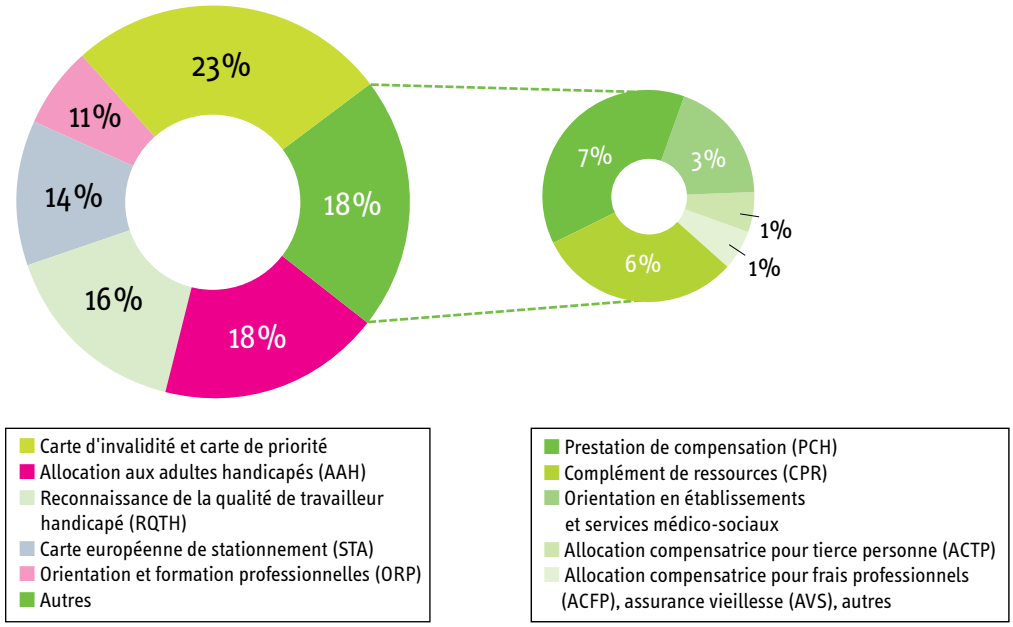
- 30 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH simplifiée qu'en CDAPH plénière.
- 25 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

S'agissant du fonctionnement de la commission, il apparaît que, dans les trois quarts des cas, les décisions sont prises en CDAPH plénière (74 % des décisions). Dans 30 % des départements, la majorité des décisions sont prises en CDAPH simplifiée.
On ne dispose pas de statistiques sur l'examen des dossiers et sur la manière de procéder en commission, une très grande majorité des demandes étant validées sur liste, les dossiers n'étant pas formellement ouverts en séance.

Si l'on compare les chiffres de 2008 et de 2009, les taux d'accords présentent une certaine stabilité.

Sur ce graphique, on note le taux d'accords significatif des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS). Un point difficile réside dans les décisions relatives aux « amendements Creton », qui sont encore toujours égales au nombre de demandes.

Répartition des demandes adultes déposées en 2009 (échantillon : 76 MDPH)



Outre la lourdeur de gestion des cartes, doit être posée sa réglementation à revoir. Les demandes d'AAH sont prépondérantes. La PCH représente pour sa part 7 % des demandes, une part en augmentation par rapport à 2008 (6 %).

La prestation de compensation du handicap

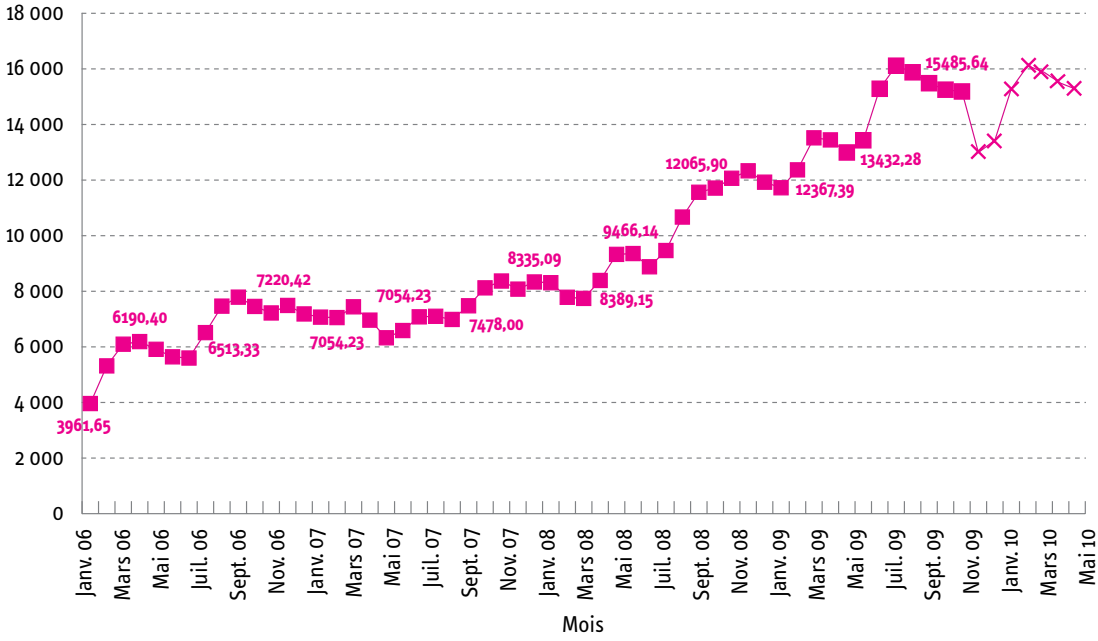
Les données complètes sur la PCH sont disponibles sur le site internet de la CNSA ; elles sont actualisées chaque semestre en vue d'une présentation régulière au Conseil de la CNSA.

La PCH est en effet au cœur de la réforme de 2005 par la personnalisation possible de la réponse aux réels besoins de la personne. Même si le nombre de dossiers relatifs à la PCH reste proportionnellement très réduit, à peine plus de 7 % des demandes déposées en 2009, il en résulte une charge de travail beaucoup plus lourde pour les équipes des maisons départementales.

Il faut ajouter à ce chiffre celui représentatif de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), ancienne prestation qui peut être maintenue pour les anciens bénéficiaires ; aucune fin officielle n'ayant été programmée par la loi, l'ACTP représente encore 1 % des demandes totales.

Cette prestation est financée par les départements, avec le concours financier de la CNSA.
Comme on le voit sur le graphique suivant, les **demandes de prestation de compensation** sont passées de 70 000, lors de la première année d'application de la loi, à 143 000 en 2009 ; elles devraient être de l'ordre de 180 000 en 2010 (à titre d'exemple, elles s'élevaient à plus de 16 000 au mois de mars 2010). Il y a dans ces chiffres un certain nombre de demandes de renouvellement qui ont été, dès la troisième année, présentées devant les CDAPH, soit que le dossier venait d'ores et déjà à échéance, soit que la personne demandait elle-même une révision de sa situation.

Évolution mensuelle lissée des demandes PCH 2006-2010 (estimation France entière, source déclarative)

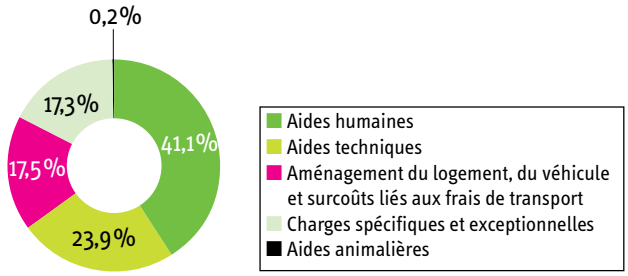


Concernant les accords donnés par les CDAPH par rapport aux demandes examinées, le taux d'accord, qui était de 70 % sur les trois premières années, est tombé à moins de 60 % au cours du 1er semestre 2010.

Les contenus de la PCH

Parmi les cinq éléments constituant la prestation de compensation, ce sont toujours les aides humaines (le premier élément) qui sont majoritaires, mais leur proportion se réduit, passant de près de 50 % en 2006 à 41 % en 2010. Les aides techniques, quant à elles, ont très sensiblement augmenté, passant de 20 à 24 %.
Troisième élément de la PCH, l'aménagement du logement et du véhicule, qui a représenté un véritable progrès dans la réponse aux besoins réels de la personne en situation de handicap, s'établit à 17 % et cela de manière stable.

Répartition (%) des éléments de la PCH attribués au 1er semestre 2010 (source déclarative)



Du point de vue financier, une étude réalisée par la CNSA en 2006 faisait apparaître un coût de 1100 € pour un mois d'aide humaine (il s'agissait probablement de demandes de personnes très lourdement handicapées) ; le coût moyen est aujourd'hui ramené à 811 €.

S'agissant des dépenses d'aménagement du logement, elles apparaissent stables (de l'ordre de 3400 €) ; elles sont en revanche très nettement plus basses au début de l'année 2010 pour les aménagements du véhicule de transport (2124 € au lieu de 2600 € les trois années précédentes).

La CNSA a réuni par deux fois en 2010 une vingtaine de départements – responsables de MDPH et services des conseils généraux – afin d'examiner collectivement les chiffres et de débattre de la situation actuelle. La diminution observée au niveau national des coûts par élément de la PCH s'accompagne d'importantes différences de coûts, et sans doute de pratiques, entre les départements. Des travaux complémentaires sont donc à mener sur cette question, compte tenu des interrogations déjà fortement exprimées par les associations.

Le fonds départemental de compensation

Ce fonds intervient en complément de financement, pour les bénéficiaires de la PCH, sans condition d'âge, que la personne soit à domicile ou qu'elle réside en établissement. On pourrait d'ailleurs parler d'un « fonds complémentaire » plutôt que d'un « fonds de compensation », expression susceptible d'entraîner des confusions avec la prestation principale elle-même (la PCH).
Ce dispositif permet de diminuer le reste à charge des personnes en situation de handicap, principalement sur les volets de la PCH faisant l'objet de versements ponctuels :

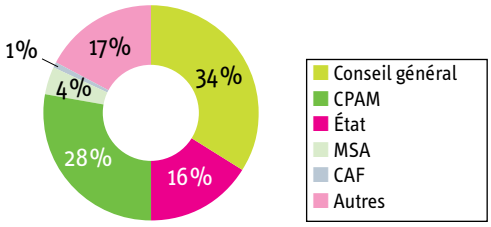
- les aménagements de logement ;
- les aménagements du véhicule ;
- les aides techniques : les fauteuils roulants, le matériel médicalisé, les prothèses auditives, y compris le matériel informatique ;
- les aides animalières possibles pour certains types de handicap ;
- et, de manière très exceptionnelle, les aides humaines ou les frais de transport, en raison du caractère répétitif de ces aides.

La situation du fonds est très hétérogène ; le principe d'égalité de traitement ne peut malheureusement pas être appliqué en raison du financement aléatoire du dispositif.

Les origines des financements

Le fonds départemental de compensation est principalement financé en 2009 par la sécurité sociale et le conseil général, l'État ayant suspendu totalement sa contribution.

Part des recettes du fonds départemental de compensation par contributeur en 2009 hors report (100 MDPH)



Source : maquette budgétaire 2009.

Malgré une absence de versement en 2009, les crédits de l'État restent présents, pour environ 16 % de l'ensemble des recettes. Il s'agit évidemment d'un solde des versements antérieurs.

La CNSA était chargée d'effectuer un bilan des situations départementales en vue d'éclairer les pouvoirs publics sur les décisions éventuelles de reprise des financements de ce dispositif complémentaire.

AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'accueil et l'information

Les rapports annuels des maisons départementales évoquent tous la mission « accueil – information », en insistant sur l'importance que revêt pour toutes les personnes handicapées et leur famille ce premier contact avec la MDPH.

Pour les adultes, les questions portent majoritairement sur l'insertion professionnelle, les ressources et les différentes cartes. **Concernant les enfants,** les familles posent majoritairement des questions sur les prestations (l'AEEH et la PCH) et recherchent des conseils sur l'orientation vers les établissements et services, ce qui les conduit souvent à privilégier un contact physique avec la MDPH, plutôt que de se contenter d'un appel téléphonique.

- En moyenne, sur l'échantillon, les MDPH accueillent 1,6 % de la population.
- 70 % des MDPH accueillent entre 0,5 et 2 % de la population de leur département.
- 25 % des MDPH accueillent entre 2 et 3 % de la population de leur département.
- Les MDPH qui accueillent plus de 3 % de la population de leur département semblent des cas isolés.

Dans le souci de développer le plus largement la communication, les MDPH ont toutes édité **des dépliants, des fiches pratiques ou des guides** sur les principales prestations détaillant les réponses possibles et les contacts à prendre avec les différents intervenants pouvant aider ou orienter. Le service d'accueil remplit également un rôle de documentation sur l'ensemble des droits des personnes handicapées et sur les acteurs identifiés dans le domaine de l'accompagnement.

Les **associations** bénéficient souvent, à la faveur de l'installation de nouveaux locaux, de bureaux pour effectuer des permanences, celles-ci pouvant être alternées par type de handicap.
Espace du débat public, les maisons départementales font également de nombreuses interventions dans des rencontres associatives, organisent des journées d'études, des colloques, des forums et autres assises, souvent ouverts au grand public.

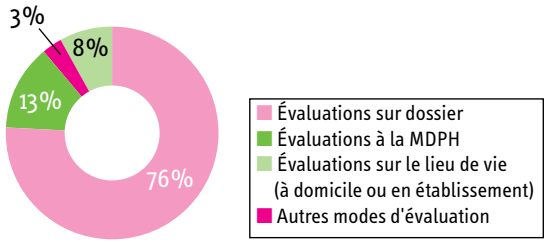
Les missions de l'équipe pluridisciplinaire

Le nombre de professionnels impliqués dans la mission d'évaluation et de préparation du plan personnalisé de compensation atteste du caractère essentiel de cette mission, qui est traitée dans tous les rapports.
Souvent, des cellules spécialisées permanentes ont été créées pour les âges de transition, fréquemment délicats, entre 16 et 25 ans, par exemple.

De nouvelles capacités d'intervention concernent :
- l'emploi, l'insertion et l'orientation professionnelles ;
- les situations de handicap psychique.

La reconnaissance de la place du projet de vie pose question. Comme les autres années, très peu de départements donnent des informations sur le thème de l'aide à la formulation et **l'expression du projet de vie** par les personnes ; ce thème sans doute difficile mérite d'être approfondi.

Répartition des modes d'évaluation en 2009 (échantillon : 48 MDPH)



Observations :
Les données sont stables par rapport à 2008.
En moyenne, dans l'échantillon, les trois quarts des évaluations sont réalisées sur dossier, 8 % sur le lieu de vie (4 % et 2006, 7 % en 2007 et 8 % en 2008) et 13 % en entretien à la MDPH (15 % en 2008).

Les rencontres entre les personnes handicapées et les professionnels semblent le plus souvent se dérouler avec un médecin et/ou un travailleur social. Le médecin a une place primordiale dans l'expertise des situations relatives à l'insertion professionnelle et/ou à l'attribution des prestations. Il serait souhaitable que certaines situations difficiles ressortant par exemple d'une « simple » demande d'AAH donnent lieu à l'élaboration formelle d'un PPC.

La scolarisation

Les demandes liées à l'école représentent une part majoritaire des demandes pour les enfants adressées aux MDPH. En effet, il s'agit pour 33 % de demandes d'orientation, pour 13 % de demandes d'auxiliaire de vie scolaire, pour 6 % de demandes d'avis de transport scolaire et, dans une plus faible proportion, de demandes d'avis pour l'attribution de matériel pédagogique adapté.

À la rentrée scolaire 2009, 187 490 élèves handicapés étaient scolarisés dans des établissements de l'Éducation nationale et 74 845 au sein d'unités d'enseignement dans des établissements médico-sociaux ou sanitaires. Parmi les élèves scolarisés dans des établissements de l'Éducation nationale, 70 % le sont exclusivement en classe ordinaire, 20 % sont scolarisés (au moins partiellement) en classe d'intégration scolaire (CLIS) et 10 % sont scolarisés (au moins partiellement) en unité pédagogique d'intégration (UPI). Plus de la moitié de ces enfants bénéficient d'un accompagnement, par le biais d'un auxiliaire de vie individuel ou collectif.
Le rôle clé des enseignants référents est fréquemment souligné : comme ils constituent la « pierre angulaire », ils sont souvent le premier interlocuteur de la famille pour les demandes de compensation, qu'elles concernent une orientation scolaire et/ou une orientation vers un établissement ou service médico-social, mais aussi pour les demandes d'AVS et de matériel pédagogique adapté.

L'insertion professionnelle

Les demandes liées à l'insertion professionnelle **sont majoritaires** parmi les demandes adressées aux MDPH concernant des adultes ; en effet, le cumul des demandes d'AAH (18 %), de compléments de ressources (6 %), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (16 %) et d'orientation professionnelle (11 %) représente plus de la moitié des demandes (au total 51 %), proportion qui reste en deçà de l'impact réel sur l'activité des services compte tenu de la complexité des évaluations inhérentes à ce type de demande.

Marquée par la crise économique, l'année 2009 a vu le nombre de bénéficiaires de l'AAH augmenter de 4 %, passant ainsi en un an de 818 000 à 851 000, tandis le nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés en fin de mois a augmenté de 9,5 % sur la même période.
Au-delà de l'impact de ces éléments de contexte, l'activité des MDPH a été marquée par la généralisation de la prestation « Appui projet » de l'AGEFIPH et par la mise en place de la réforme de l'AAH au 1er janvier de l'année.

La loi de finances pour 2009 a modifié les procédures de **reconnaissance de qualité de travailleur handicapé** et d'orientation professionnelle, en couplant systématiquement la demande d'AAH d'une demande de RQTH, d'une part, et en liant cette reconnaissance à l'orientation professionnelle, d'autre part.
Cette réforme peut amener les CDAPH à prendre des décisions allant au-delà de la demande exprimée.

Médiation, conciliation, recours

Qu'il s'agisse de médiation, de conciliation ou de recours, gracieux et contentieux, les contestations formulées par les usagers de la MDPH font l'objet d'une attention particulière, qui est mentionnée dans la majorité des rapports. Dans la continuité des travaux engagés les années précédentes, les maisons départementales renforcent leurs actions dans ces domaines.

Médiation : état des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 75 MDPH)

- En 2009, 64 % des MDPH ont nommé un médiateur. En 2008, les médiateurs étaient nommés dans 62 % des MDPH, en 2007 dans 58 % et en 2006 dans 48 %.
- En moyenne, sur l'échantillon, 7,9 médiations ont eu lieu par MDPH.
- 40 % des MDPH n'ont pas eu de médiation à traiter en 2009 bien qu'un médiateur soit nommé (échantillon : 37 MDPH).

On peut penser que les questions **d'accessibilité de la cité** seront à l'avenir soulevées dans ce cadre là. La place de la MDPH par rapport aux autres autorités publiques serait ainsi confortée. À cet égard, on pourra regretter que très peu de rapports annuels évoquent l'accès à la culture, aux loisirs ou au sport.

Conciliation : état des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 78 MDPH)

- En 2009, 85 % des MDPH ont un conciliateur. En 2008, elles étaient 84 %, 75 % en 2007 et un peu plus de la moitié en 2006 (52 %).
- 17 % des MDPH n'ont pas eu de conciliation à traiter en 2009, bien qu'un conciliateur ait été présent (échantillon : 59 MDPH).

L'année 2009 voit se poursuivre la mise en place d'une procédure de conciliation structurée. Si le nombre de MDPH ayant désigné des conciliateurs ainsi que le nombre de conciliateurs par MDPH restent stables, le rôle du conciliateur s'affine et s'affirme, notamment par le biais de la définition d'une procédure formalisée et par la mise en place de rapports de conciliation standardisés. Parallèlement à cet effort de clarification et de structuration, les MDPH cherchent également à simplifier et à valoriser ce service auprès des usagers avec, par exemple :

- la mention de la possibilité de saisir un conciliateur sur les notifications des décisions des CDAPH envoyées aux demandeurs ;
- la mise en place de documents pour simplifier la démarche de l'usager ;
- l'élaboration de fiches de synthèse, fiches de liaison ou rapports types ;
- la mise en œuvre de procédures types pour le traitement des conciliations ;
- l'envoi à la personne handicapée d'un coupon-réponse avec le rapport de conciliation pour autoriser ou refuser que ce document soit produit par la MDPH en cas de recours.

La conciliation apparaît d'ores et déjà comme une véritable alternative aux voies de recours classiques ; ce service novateur s'ancre ainsi progressivement dans les départements.

Par un suivi plus approfondi des recours, par une optimisation des procédures internes de traitement de ces recours, par la mise en place d'une fonction ou d'un pôle chargé spécifiquement de cette thématique, par la recherche de solutions pour diminuer leur nombre et par une présence accrue auprès des tribunaux en 2009, les MDPH se sont plus largement mobilisées que les premières années sur cette problématique, comme nombre d'entre elles avaient pu l'annoncer dans leurs rapports d'activité de l'année 2008.

Part des recours dans le total des décisions prises en 2009 (échantillon : 56 MDPH)

- En moyenne, sur l'échantillon, le taux de recours en 2009 est de 2,4 %.
- 50 % des MDPH ont un taux de recours égal ou inférieur à 1,8 %.
- 62,5 % des MDPH ont un taux de recours inférieur ou égal à 2 %.
- 84 % des MDPH ont un taux de recours inférieur à 3 %.

L'ANIMATION DU RÉSEAU DES MDPH PAR LA CNSA

Avant de terminer cette synthèse, il n'est pas inutile de rappeler les liens que la CNSA entretient régulièrement, depuis près de cinq ans, avec les départements et leur maison départementale. Ces liens ressortent à la fois de l'application de la loi et des initiatives prises par la CNSA, souvent en réponse aux départements eux-mêmes.

CNSA, départements et MDPH, une relation particulière

Le premier lien est évidemment financier, la Caisse nationale apportant par son concours annuel une aide substantielle au fonctionnement des MDPH ; ce financement a été porté au montant total de 60 M€ en 2009, réparti entre les cent départements selon des critères de population et de potentiel fiscal. Une somme forfaitaire de base est toutefois versée à chacun, d'un montant de 200 000 €, permettant aux plus petits départements de disposer d'un minimum de crédits de fonctionnement. Cet apport a été d'autant plus important, pour certains, que les participations d'autres financeurs n'étaient pas garanties.

La CNSA étant **autant une agence nationale qu'une caisse,** les relations qu'elle développe avec les départements ne sont pas uniquement financières. Cela est évidemment le cas avec les MDPH, mais également maintenant avec les conventions départementales, d'ores et déjà passées avec plus de la moitié des conseils généraux, au titre de la modernisation des services d'aide à domicile et de la professionnalisation de leurs intervenants. Ces conventions sont financées sur la section IV du budget de la CNSA.
Un point d'application de ces relations de confiance aura été en 2009 la **signature de la deuxième convention d'appui à la qualité de service** pour les trois ans à venir.
Dans ces nouvelles conventions, il a été proposé aux départements une clause de transparence dans les échanges de données chiffrées, de manière à « voir où en sont les autres et être vu par eux », que la grande majorité d'entre eux ont acceptée [7].

Des liens nombreux et diversifiés

Au cours de l'année 2009, les équipes de la CNSA ont été en relation permanente avec les départements et leurs MDPH.

On peut rappeler les formes diversifiées que prennent ces relations :
- L'édition bimensuelle d'un bulletin de liaison, ***Infos réseau MDPH.***
- L'organisation mensuelle d'un **« jeudi pratique de la compensation »**, au cours duquel une quinzaine de professionnels de MDPH échangent leurs analyses et leurs expériences sur un thème donné.
- Les **rencontres nationales des directeurs de MDPH,** organisées deux fois par an, en juin et en décembre.
- Des **propositions de formation des professionnels des MDPH,** enjeu majeur dans la réforme de la politique du handicap, qui ont été poursuivies et ont donné lieu en 2009 à 27 sessions locales, pour 565 participants venant de 46 MDPH.
- Les **réponses aux questions** juridiques et de contentieux, apportées chaque jour par la juriste de la direction de la Compensation de la CNSA. Mise en place dès 2005 au moment de la création des MDPH, cette « foire aux questions » en ligne constitue un service répondant à une réelle demande : le nombre d'interrogations a doublé ces deux dernières années, passant de 398 en 2007 à 885 en 2009. Les questions relatives à la PCH et à l'AEEH y sont majoritaires.
- Des **journées d'échange de pratiques,** initiées à l'intention des deux professions nommées dans la loi, outre celle de directeur : les coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire et les référents pour l'insertion professionnelle. La CNSA a par ailleurs engagé un travail sur l'appropriation du GEVA, qui a donné lieu à l'édition d'un document.
- Les **visites dans les départements** qui ont été, dès la création de la CNSA en 2005, le premier pilier dans ce réseau d'administrations nouvelles qu'allaient être les GIP-MDPH ; c'est bien grâce à ces déplacements sur le terrain que cette décentralisation d'un nouveau type a été initiée il y a cinq ans.
- Des entretiens avec les cent départements pour le **renouvellement des conventions de qualité de service,** menés en général au siège de la CNSA, qui ont permis un échange constructif entre les représentants des conseils généraux et les équipes de la Caisse nationale. Dans la majorité des cas, un élu menait la délégation du département.
- Des **expérimentations de projets,** qui sont mises en place dans plusieurs départements. On peut citer les projets destinés à favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, par exemple Record 2 ou Appui projet.
- Les nombreux **groupes de travail** auxquels sont invités les représentants des maisons départementales et qui ne peuvent être tous cités ici ; concernant l'année 2009, ceux relatifs aux frais de transport des personnes handicapées et à l'ouverture de la PCH aux enfants doivent être particulièrement mentionnés, autant pour le nombre de réunions qui furent nécessaires que par l'importance des sujets eux-mêmes.

On notera, dans cette liste, que des **rencontres des présidents de CDAPH** n'ont pas encore pu être organisées…

(7) La convention avec cette clause de transparence a été signée par 94 présidents de conseil général.

L'apparition de maisons départementales de l'autonomie

Des maisons départementales de l'autonomie (MDA) sont créées dans un certain nombre de départements, regroupant en un même lieu les équipes médico-sociales du conseil général chargées des personnes âgées et celles de la MDPH.
Souhaitant accompagner ces évolutions, la CNSA organise depuis février 2009 des rencontres semestrielles avec une vingtaine de départements intéressés par cette démarche. Elle soutient par ailleurs, tant sur le plan financier que méthodologique, trois expérimentations dans les départements du **Cantal, de la Corrèze et de la Côte d'Or.**
Par ailleurs, les projets de **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA),** avec la création de la fonction de « coordonnateur – gestionnaire de cas », devraient proposer des modèles intéressants d'organisation. L'exemple du gestionnaire de cas pourrait être repris pour le suivi des situations des personnes les plus lourdement handicapées.

CONCLUSION

Sans reprendre l'ensemble des difficultés structurelles ou financières des MDPH, on peut mentionner les domaines dans lesquels des progrès restent encore à faire et les secteurs où l'attention doit rester soutenue :
- la réponse des services de l'État sur les mises à disposition des personnels, le nombre et la qualification des professionnels de la maison départementale, spécialement ceux constituant l'équipe pluridisciplinaire, les écarts de moyens humains entre départements étant déjà très grands ;
- l'avenir du fonds départemental de compensation, son caractère obligatoire et son financement des projets de vie plus souvent présentés par les personnes handicapées dûment écoutées ;
- des plans personnalisés de compensation élaborés dans un plus grand nombre de situations, notamment pour certaines demandes d'AAH ;
- des prestations de compensation du handicap plus homogènes entre départements, le développement du traitement plus transversal des demandes, entre les enfants et les adultes ;
- l'organisation plus serrée des relations entre la MDPH et le service public de l'emploi ;
- une meilleure harmonisation des demandes d'auxiliaires de vie scolaire ; les relations de coopération avec le champ sanitaire et spécialement avec les secteurs de psychiatrie ;
- le suivi de la mise en œuvre effective des décisions de la CDAPH, avec notamment le développement des liaisons entre la maison départementale et les établissements et services médico-sociaux ;
- les relations avec les tribunaux du contentieux de l'incapacité qui sont à développer, et souvent à construire ;
- la montée en charge d'un système d'information performant, indispensable à la connaissance des besoins ;
- enfin, le suivi des situations individuelles et l'accompagnement des personnes dans le temps.

On sait combien cette question du suivi et de l'accompagnement est d'ores et déjà posée dans les maisons départementales, comme elle l'est depuis longtemps par les associations, mais c'est une question à laquelle on est loin d'avoir, encore, répondu…
On peut toutefois souligner que l'activité déjà déployée par de nombreuses MDPH pour devenir les lieux fédérateurs des acteurs locaux du champ du handicap est de bon augure, pour faire d'elles de vraies « maisons » reconnues par les personnes en situation de handicap dans notre pays.

Annexe 7 – Liste des projets d'études, de recherches et actions innovantes financés en 2010

Axe 1 – Connaissance des besoins globaux

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes handicapées	INSERM – Améliorer la connaissance des handicaps rares et du versant handicap des maladies rares	300
Personnes handicapées	CLAPEAHA – Les besoins, les attentes et les modes d'accompagnement des personnes vivant une situation complexe de handicap	157
Personnes handicapées	Réseau lucioles – Sommeil et handicap sévère	31
Personnes handicapées	CREAI Bourgogne – Améliorer la fin de vie des personnes déficientes intellectuelles	47
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM – TGIR (très grandes infrastructures de recherche)	3 000
Personnes âgées	DREES – Enquête ACTP-PCH	350
Personnes âgées	IRDES – Cohorte SHARE	200
Personnes handicapées	ANCRA – Accueil en ESMS des personnes avec TED	6

Axe 2 – Évaluation des besoins individuels

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes âgées	Fondation nationale de gérontologie – Étude de la pertinence de l'implantation de trois outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan Alzheimer	109
Personnes handicapées	UNAFAM 92 – DVD – Compensation du handicap d'origine psychique	27
Personnes handicapées	AIR – Référentiel de prestation de compensation du handicap enfant	78
Personnes handicapées	GEIST21 Ille et Vilaine – Aide à la formulation du projet de vie	170
Personnes handicapées	AIDES – Certificat médical MDPH	33
Personnes âgées	France Alzheimer – Modélisation du programme de soutien d'aide à la personne	348

Axe 3 – Aides techniques

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes handicapées	MDPH 45 – Déploiement du dispositif web Sourd	8
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Institut national de la consommation – Étude sur les audioprothèses	83
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ANR – TECSAN 2010	764
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Mutualité française Anjou Mayenne – CENTICH	350
Personnes âgées/ Personnes handicapées	CEREMH – CEN – Mobilité	350
Personnes âgées	ANR – Appel à projets européen : assistance à la vie autonome AAL 2010	1 227

Description du projet
Mise en place d'une base de données nationale handicap rare en ligne, en lien et en complément d'Orphanet
Réalisation de la première phase du projet « livre blanc sur les personnes handicapées en situation de grande dépendance »
Étude auprès de familles et de professionnels sur les troubles du sommeil, visant à dégager des propositions d'aide des familles et des médecins
Recherche – action intitulée « améliorer la fin de vie des personnes déficientes intellectuelles (DI) par une meilleure connaissance de leurs besoins et attentes, une aide à l'expression de leurs préférences et une meilleure articulation du médico-social et du sanitaire »
En partenariat avec l'IRESP, la CNSA cofinance trois cohortes (Constances, ELFE, EPIPAGE 2) pendant trois ans
La DREES et la CNSA lancent pour la première fois cette enquête sur l'ensemble des structures ayant une activité d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire à destination des personnes âgées, installées au 31 décembre 2009
Participation au financement de la partie française de la cohorte européenne SHARE, ayant inclus en 2004 des personnes de plus de 50 ans Trois vagues d'interrogation ont eu lieu – Un des objectifs est de recueillir des données sur l'entrée en dépendance
Extension et adaptation de l'enquête pilote sur la description de l'accueil en établissements des personnes avec troubles envahissants du développement

Description du projet
Étude de la pertinence de l'utilisation de chacun de trois outils (Guide d'évaluation des besoins des personnes âgées (GEVA-A), Outil d'évaluation multidimensionnel basé sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (OEMD SMAF) et le RAI-Home Care (RAI-Domicile))
Réalisation d'un outil d'aide à l'évaluation de la situation des personnes en situation de handicap psychique, sous forme de DVD, visant à sensibiliser les équipes pluridisciplinaires des MDPH ainsi que les familles aux spécificités de cette évaluation
Amélioration de la connaissance des besoins des enfants handicapés par la référence à l'enfant valide du même âge, au lieu d'un référentiel pour adultes, à partir du logiciel AIRMES
Étude sur l'aide à la formulation des projets de vie, étape préalable à l'évaluation de la situation de la personne au sein de la MDPH
Financement de la brochure intitulée *Ce que vous devez savoir sur le certificat médical MDPH*
Modéliser le programme d'action et de soutien psychologique et social auprès des aidants des malades Alzheimer (plan Alzheimer)

Description du projet
Évaluation de l'utilisation d'un dispositif consistant à permettre à une personne déficiente auditive d'appeler depuis un poste fixe ou mobile un autre numéro par l'intermédiaire d'un interprète disponible sur internet
Enquête de type « client mystère » sur les audio-prothèses
Projet sélectionné : – CIRDO : « Un compagnon intelligent réagissant au doigt et à l'œil »/Saida Bouakaz
Centre d'expertise national portant sur les interfaces fonctionnant sur l'utilisation des technologies de la communication et de l'information
Centre d'expertise national portant sur la mobilité
Projets sélectionnés : ENTRANCE *ENabling elderly people TRAvel and iNternet acCEss*/José Lozada HOST *Smart technologies for self service to seniors in social housin*g/Xavier Deloche (fr) LILY *Advanced Support for Independent Living ; Human Life Cycle Approach in Senior Housing*/Veikko Halonen NACODEAL *Natural communication device for assisted living*/Maite Cobo STIMULATE *Sustainable E2 Mobility Services for Elderly People*/Kush Wadhwa VASSIST *Voice Controlled Assistive Care and Communication Services for the Home*/Manfred Tscheligi

Axe 5 – Formules d'organisation innovante

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes handicapées	ADHMI – Service d'aide à la parentalité des personnes handicapées	62
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ARRADV – Étude sur les conditions d'implantation et de reproductibilité du SAMSAH handicap visuel	30
Personnes âgées	CG 92 – Écoute Alzheimer 92 Mesure 35 du plan Alzheimer : mise en place d'un numéro de téléphone unique	230
Personnes handicapées	CG Mayotte – MDPH Mayotte	300
Personnes handicapées	ALPHAA API – Quelle spécificité et complémentarité des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social dans la prise en charge du handicap psychique ?	110
Personnes âgées/ Personnes handicapées	CG Corrèze – MDA 19	230
Personnes âgées/ Personnes handicapées	MDPH 21 – MDA 21	215
Personnes handicapées	MDPH 45 – Pôle Culture – CEMAFORRE	27
Personnes âgées	EPSM Lille métropole – Médiateur de santé – Pairs aidants	552

Axe 7 – Efficience et performance

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes âgées	Fédération d'entraide protestante – Élaboration d'un outil d'accompagnement stratégique sur les coopérations	60
Personnes âgées	DREES – Enquête Alzheimer	95
Personnes âgées	Université Paris-Dauphine – Impact financier microéconomique des normes relatives aux EHPAD	23

Axe 9 – Actions de prévention

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes âgées	SFGG – MOBIQUAL	4 790

Axe 10 – Diffusion de la connaissance, fonctions scientifiques

Population	Porteur et titre du projet	Budget (k€)
Personnes handicapées	SOFMER – Handicaps moteurs et associés : le passage de l'enfant à l'adulte – Enjeux médicaux et médico-sociaux dans la période 15-25 ans	5
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM – AAP 2009 IRESP « Services de santé – politiques publiques et santé »	49
Personnes handicapées	CREAI Rhône Alpes – Séminaire de restitution de l'étude CAMSP	19
Personnes handicapées	Fondation GARCHES – Entretiens annuels 2010 XXIIIes entretiens annuels « Handicap et qualité de vie »	15
Personnes âgées	Université Saint Étienne – Formation action diplôme d'université pour l'innovation en gérontologie sociale synergie et territoires	8
Personnes handicapées	IRTS La Réunion – Journée de formation et de réflexion sur le handicap psychique	9
Personnes handicapées	Noëmie Rapegno – Prix de master	5
Personnes handicapées	Jean-Sébastien Eideliman – Prix de thèse	9
Personnes handicapées	Marie-Viviane Fernandes – Prix de thèse	9

Description du projet
Prolongation d'une étude pour le projet de création d'un « centre de ressources » autour de l'accueil et l'accompagnement de femmes atteintes d'un handicap visuel pour faciliter leur accès à la maternité
Étude descriptive et analytique du SAMSAH pour déficients visuels et du service apporté par les SAMSAH aux personnes qui acquièrent une déficience visuelle, quel que soit leur âge
Projet de plate-forme téléphonique 24 h/24 pour les familles et les malades Alzheimer
Projet de préfiguration de la MDPH, dans l'attente de la transformation de Mayotte en département Il s'agit de contribuer aux frais de premier établissement avant que le relais ne soit pris par les crédits de droit commun
Étude sur les différentes prises en charge dont bénéficient les personnes avec un handicap psychique sur un territoire
Projet de maison départementale de l'autonomie de la Corrèze
Projet de maison départementale de l'autonomie de la Côte d'Or
Élaboration d'un guide de bonnes pratiques à destination des opérateurs culturels et du réseau des MDPH afin de favoriser l'accès des personnes handicapées aux activités culturelles
Mise en place d'une formation de médiateur de santé pair en France et d'une expérience pilote à Lille, Marseille et Paris. L'objectif est de parvenir à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques en matière d'embauche de médiateurs santé- pairs pour la France

Description du projet
Réalisation d'un outil aidant les établissements dans leur démarche de coopération : ce référentiel pourra être utilisé comme un outil de formation et servira à aider de façon opérationnelle les gestionnaires d'établissement qui souhaitent s'inscrire dans une démarche de coopération
Enquête en ligne qui constitue le tableau de bord du rapport d'activité dû par les structures au titre de leur activité d'accueil de jour et d'hébergement temporaire
Projet conduit par l'université Paris-Dauphine

Description du projet
Création des outils de formation des équipes des EHPAD et des services à domicile, sur différents sujets de santé publique Parmi les outils proposés, l'un concerne la bientraitance, répondant ainsi aux priorités du plan Bientraitance dans les EHPAD

Description du projet
Organisation d'un débat public et recherche bibliographique
Projets sélectionnés : 1 – Jérôme Fauconnier : comparaison entre pays européens de la participation et de la qualité de la vie d'adolescents atteints de paralysie cérébrale – analyse conjointe des résultats 2 – Isabelle Ville : parcours de réadaptation – les dispositifs médicaux et sociaux et leur appropriation par les acteurs professionnels et les usagers
Ce séminaire a permis de valoriser l'étude financée sur les CAMSP
Ce colloque, qui s'adressait aux professionnels et aux chercheurs, portant sur la qualité de vie des personnes handicapées
Le projet comporte trois parties : formation théorique, cas pratiques et travail de terrain – L'équipe est pluridisciplinaire, portée par le conseil général et le conseil régional – Deux des membres du Conseil scientifique de la CNSA y participent Cette première session sera évaluée puis éventuellement généralisée
Journée de formation et de réflexion sur le handicap psychique à la suite du colloque handicap psychique du 29 mars 2009
« Vivre en structure d'hébergement pour adultes handicapés et se construire une vie : la question des trajectoires résidentielles pour les adultes handicapés moteurs résidant en foyer de vie »
« Spécialistes par obligation –Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques »
« De la perception haptique à la production de dessins chez l'enfant voyant et déficient visuel »

Axe 10 – Diffusion de la connaissance, fonctions scientifiques		
Population	**Porteur et titre du projet**	
Personnes âgées/ Personnes handicapées	DREES – Convention-cadre – Avenant n° 3 – Qualité de vie à domicile – 2	**476**
Personnes âgées/ Personnes handicapées	DREES – Convention-cadre – Avenant n° 4 – AAP 2010	**787**
Personnes handicapées	EHESP – Journée européenne « santé publique, précarité et handicap »	**10**
Personnes handicapées	CREAI BRETAGNE – Organisation des journées départementales d'information/ formation sur le handicap psychique	**6**
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ARMINES – Recherche sur les dispositifs de soutien et d'accompagnement des aidants non professionnels	**155**
Personnes handicapées	AGAPSY – Recherche-action : « Quelles pratiques d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique »	**126**
Personnes handicapées	Centre Hospitalier de Versailles – Journée d'étude des pédopsychiatres d'Île de France : MDPH, école et soins : mettre en musique la loi de 2005	**10**
Personnes âgées/ Personnes handicapées	FEHAP – Journée interrégionale de recommandations	**19**
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ADC-EHESP – Journée interrégionale recommandations	**14**
Personnes âgées/ Personnes handicapées	IHEPS – Convention de partenariat avec l'IHESP	**1**

Description du projet
Projets sélectionnés : 1 – Évaluation de la mise en œuvre des plans d'aide personnalisées de l'APA. Positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité – MANTOVANI Jean 2 – La parole des vieux ayant besoin d'aide. D'une gestion individuelle à une expression collective ? ARGOUD Dominique 3 – Le handicap comme collectif en action – HENNION Antoine 4 – Évaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées vivant à domicile – ANKRI Joël 5 – Mesure de la qualité et qualité de la mesure – FERMON Béatrice 6 – Comparaison des régimes de *care* et contexte en profonde mutation : le cas de l'aide au domicile des personnes fragiles en Allemagne, Belgique, Angleterre et Italie – NYSSENS Marthe 6 – Apprentissage et innovation dans les régimes locaux d'aide et soins à domicile des personnes âgées : Allemagne, Écosse, Suisse – GIRAUD Olivier 7 – *Living independently at home : Reforms in organisation and governance of european home care for elderly and disabled – ROSTGAARD Tine*
Projets sélectionnés : session de juin 1 – L'emploi et l'expérience professionnelle de sourds en milieu ordinaire. Les conditions de travail et le rôle des « aménagements » – VOLKOFF Serge 2 – La médiatisation du handicap dans les journaux télévisés français – MARCHETTI Dominique 3 – Vieillir en situation de handicap mental. Diversité des contextes de vie et des trajectoires de cessation d'activité, pluralité des expériences de la retraite – CARADEC Vincent 4 – Les aidants informels cohabitant avec une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie – PEINTRE Carole 5 – Analyse des handicaps chez les patients souffrant d'arthrose de hanche et de genou à partir de l'étude Handicap-santé (volet Ménages) – POIREAUDEAU Serge 6 – Colloque Territoires et vieillissement : les nouveaux enjeux – RABILLER Stéphanie 7 – La pluridisciplinarité au service d'une réalité sociale – LOPEZ KRAHE Jaime 8 – *A social perspective on sport, health and environment et seniors in the 21th century – physical activity a tool for health, fitness and social integration* – DE SOUTO BARRETO Philippe 9 – *Gouverner les parcours de vie. Les États sociaux face aux situations de dépendance* – GIRAUD Olivier **Session d'automne** 1 – Handicap, pratiques culturelles et participation sociale – DUBOIS Vincent 2 – Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées : un « guichet unique » à entrées multiples – BAUDOT Pierre-Yves 3 – Processus de rationalisation et qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes – WEBER Florence 4 – Impact sur les familles de la paralysie cérébrale de jeunes adolescents : conséquences, facteurs aggravants et facilitateurs – FAUCONNIER Jérôme – CHU Grenoble 5 – Processus de production du handicap chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), étude comparée de la participation sociale aux activités de loisir physiques et sportives à Montpellier et Québec – FEREZ Sylvain FOUGEYROLLAS 6 – Recours aux soins et état de santé buccodentaire des séniors dépendants. Étude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I – VENTELOU Bruno 7 – Étude du devenir professionnel des étudiants handicapés – LEROUX Nathalie 8 – Réseau de recherche sur le handicap psychique lie au trouble bipolaire/YOUNES Nadia 9 – Observatoire des pratiques sur le handicap : recherche et innovation scolaire (OPHRIS) – ASSUDE Teresa 10 – Frais d'enquête dans le cadre d'une thèse portant sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) et le handicap mental – BONJOUR Audrey 11 – Mise en œuvre d'une enquête à domicile : Autisme et prématurité en Basse Normandie – BOISSEL Anne 12 – Donner la parole à l'usager – PERERA Timothy 13 – Financement Congrès Ergo IA 2010 : innovation, interactions, qualité de vie – REERINK BOULANGER Juliette 14 – Quatrième journée d'étude universitaire sur la déficience intellectuelle – COURBOIS Yannick 15 – Soutien à l'organisation de la 23e réunion scientifique du réseau de recherche international REVES sur les espérances de vie sans incapacité – CAMBOIS Emmanuelle 16 – Les majeurs protégés : analyse démographique et prospective d'une population méconnue – BERGOUIGNAN Christophe
Ce colloque prévoit un échange sur la perte d'autonomie avec plusieurs acteurs européens. La CNSA pourra bénéficier de ce réseau.
Projet donnant une suite pratique aux recommandations émises lors du colloque « Handicaps d'origine psychique » organisé par la CNSA le 23 mars 2009
Ce projet de recherche s'appuiera notamment sur les expériences connues pour : – modéliser l'offre en matière de soutien, sous toutes ses formes, et de formation des aidants, en proposant une typologie des projets, notamment au regard de la situation de perte d'autonomie des personnes aidées (caractéristiques du handicap, lourdeur...) ; – identifier, à travers ces expériences, les facteurs de réussite et les obstacles au développement de l'action à destination des aidants ; – déterminer l'impact d'une aide au démarrage apportée par la CNSA et l'État à ces projets ; – et, le cas échéant, mesurer l'impact de ces actions sur la situation des aidants eux-mêmes.
Identifier les bonnes pratiques professionnelles de prise en charge des personnes avec un handicap d'origine psychique en matière de logement et réaliser un guide. Cette étude sera réalisée *via* une démarche participative tant avec les professionnels qu'avec les usagers.
Journée d'étude régionale de valorisation du colloque du 23 mars 2009
Soutien à l'organisation des journées interrégionales en coopération avec l'ANESM, *via* un appel à projets, pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Régions Midi Pyrénées et Languedoc Roussillon
Soutien à l'organisation des journées interrégionales en coopération avec l'ANESM, *via* un appel à projets, pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Régions Guadeloupe/ Guyane/ Martinique/ Saint Martin
Partenariat avec l'Institut des hautes études en protection sociale