

RAPPORT 2012

**Caisse nationale  
de solidarité  
pour l'autonomie**

**ANNEXES**

# SOMMAIRE des annexes

## ANNEXE 01

Budgets

- **Page 02** Budget rectifié 2013
- **Page 04** Budget exécuté 2012

## ANNEXE 02

- **Page 09** Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH

## ANNEXE 03

- **Page 14** Actualisation 2012 des PRIAC, période 2012-2016

## ANNEXE 04

- **Page 16** Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

## ANNEXE 05

- **Page 19** Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2011

## ANNEXE 06

- **Page 30** Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2012

## ANNEXE 07

- **Page 34** Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2012

Annexe 1 – Budgets

Budget rectifié 2013 n° 1 (en millions d’euros) – Conseil du 23 avril 2013

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	18 397,3
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 054,1
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 000,9
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Opérations diverses	23,9
▪ Excédent	1,2
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 343,2
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 260,5
▪ Financement de 188 MAIA (dont 50 nouvelles en 2013)	46,6
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	1,2
▪ Opérations diverses	30,4
▪ Excédent	2,8
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 727,2
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 697,5
▪ Congé de soutien familial	0,3
▪ Opérations diverses	29,5
« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	637,3
▪ Concours versés aux départements (PCH)	558,3
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0
▪ Congé de soutien familial	0,3
▪ Opérations diverses	18,7
« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »	148,3
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	72,1
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (nouveau fonds 2013)	50,0
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0
▪ Opérations diverses	1,2
▪ Excédent	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts
« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »	18 397,3
« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	9 054,1
▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	318,2
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 735,9
▪ Déficit	0,0
« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »	9 343,2
▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	954,7
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 388,5
▪ Déficit	0,0
« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 727,2
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	489,6
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	739,3
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (95 % CASA)	427,5
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	70,0
▪ Produits financiers	0,8
« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »	637,3
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	636,5
▪ Produits financiers	0,8
« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »	148,3
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	38,9
▪ Contribution additionnelle solidarité autonomie (5 % CASA)	22,5
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Dotation Etat fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0
▪ Déficit	50,0

CHARGES	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>396,6</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>260,4</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges provisionnées	0,0
▪ PAI 2013 (avec CPER)	122,5
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012 »	128,0
▪ Excédent	0,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>136,1</b>
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges provisionnées	0,0
▪ PAI 2013 (avec CPER)	66,5
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012 »	54,8
▪ Conventions emplois STAPS	4,8
▪ Excédent	0,0
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,6</b>
▪ Dépenses de fonctionnement/CNSA	7,1
▪ Dépenses de personnel / CNSA	9,8
▪ Charges provisionnées	0,2
▪ Excédent	0,4
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>21 270,6</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>21 270,6</b>
<b>Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG</b>	<b>15,8</b>
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>38,6</b>

PRODUITS	Crédits ouverts
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>396,6</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>260,4</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0
▪ Affectation au PAI 2013 (1% de CSA)	24,5
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	128,0
▪ Déficit	98,0
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>136,1</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions	0,0
▪ Affectation au PAI 2013 (1% de CSA)	24,5
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	54,8
▪ Déficit	46,8
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,6</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,4
▪ Reprise de provisions	0,2
<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>21 080,2</b>
<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>190,4</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>21 270,6</b>

Budget exécuté 2012 (en millions d’euros) – Conseil du 23 avril 2013

Source : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section I		
Financement des établissements		
ou services sociaux et médico-sociaux »	17 740,0	17 747,0
« Sous-section 1		
Établissements et services accueillant		
des personnes handicapées »	8 755,0	8 770,2
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 703,0	8 719,3
▪ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	27,0
▪ Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM)	0,8	0,7
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Opérations diverses	23,7	22,7
▪ Excédent	0,0	0,0
« Sous-section 2		
Établissements et services accueillant		
des personnes âgées »	8 985,0	8 976,8
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 925,0	8 736,0
▪ Financement déploiement de 138 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)	27,5	24,8
▪ Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,5	1,1
▪ Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5	0,5
▪ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	0,5	0,1
▪ Opérations diverses	29,9	29,7
▪ Excédent	0,0	184,6
« Section II		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »	1 680,6	1 678,8
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 651,4	1 655,9
▪ Régularisation concours versés aux départements (APA 2011)	0,0	0,9
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	28,7	22,0
« Section III		
Prestation de compensation		
et maisons départementales des personnes handicapées »	623,9	624,4
▪ Concours versés aux départements (PCH)	544,7	544,8
▪ Régularisation concours versés aux départements (PCH 2011)	0,0	0,2
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	60,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	0,2	0,2
▪ Congé de soutien familial	0,5	0,0
▪ Opérations diverses	18,5	19,2
« Section IV		
Promotion des actions innovantes, formation des aidants		
familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la		
professionnalisation des métiers de service exercés auprès		
des personnes âgées et des personnes handicapées »	336,5	313,2
▪ Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	70,3	34,4
▪ Charges provisionnées	70,0	83,0
▪ Fonds de soutien aux départements en difficulté	170,0	170,0
▪ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile	25,0	25,0
▪ Opérations diverses	1,2	0,8
▪ Excédent	0,0	0,0

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux »</b>	<b>17 740,0</b>	<b>17 747,0</b>
<b>« Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées »</b>	<b>8 755,0</b>	<b>8 770,2</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	310,8	310,6
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 444,0	8 444,0
▪ Reprise de provision		0,0
▪ Déficit	0,1	15,5
<b>« Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées »</b>	<b>8 985,0</b>	<b>8 976,8</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	932,5	931,8
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 045,0	8 045,0
▪ Reprise provision		0,1
▪ Déficit	7,4	0,0
<b>« Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) »</b>	<b>1 680,6</b>	<b>1 678,8</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	478,2	477,8
▪ Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 131,6	1 130,0
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7	68,7
▪ Reprise de provision	0,0	0,4
▪ Produits financiers	2,0	1,8
<b>« Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées »</b>	<b>623,9</b>	<b>624,4</b>
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	621,7	621,2
▪ Reprise de provision	0,2	0,2
▪ Produits exceptionnels	0,0	1,2
▪ Produits financiers	2,0	1,8
<b>« Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées »</b>	<b>336,5</b>	<b>313,2</b>
▪ Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,6	59,5
▪ Dotation Etat fonds de restructuration des services d'aide à domicile	25,0	25,0
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	11,9
▪ Produits exceptionnels	0,0	0,2
▪ Reprise de provision	70,0	70,2
▪ Déficit	170,0	146,4

CHARGES	Crédits ouverts	Crédits exécutés
« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »	503,6	339,7
« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »	333,4	229,1
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	2,0
▪ Charges provisionnées	9,5	10,3
▪ PAI 2012	103,9	80,0
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2011 »	210,0	134,1
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	0,0	2,7
▪ Excédent	0,0	0,0
« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »	170,4	110,6
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	9,5	2,7
▪ Charges provisionnées	6,5	7,4
▪ PAI 2012	63,9	40,0
▪ Charges provisionnées « PAM 2006-2007, PAI 2008-2011 »	90,0	58,4
▪ Dépenses emplois STAPS	0,0	1,6
▪ Excédent	0,5	0,4
« Section VI Frais de gestion de la Caisse »	17,2	14,7
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	7,1	5,1
▪ Dépenses de personnel / CNSA	9,6	9,0
▪ Dotation aux provisions	0,1	0,4
▪ Excédent	0,4	0,1
Total des charges	20 851,9	20 486,8
Excédent	0,0	0,0
Total équilibre du compte de résultat	20 851,9	20 486,8
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	15,4	15,2
Total atténuation de recettes	37,6	33,3

PRODUITS	Crédits ouverts	Crédits exécutés
<b>« Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie »</b>	<b>503,6</b>	<b>339,7</b>
<b>« Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées »</b>	<b>333,4</b>	<b>229,1</b>
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0
▪ Reprise provision	9,5	9,6
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0	147,7
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,0
▪ Déficit	80,0	37,9
<b>« Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées »</b>	<b>170,4</b>	<b>110,6</b>
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0
▪ Reprise provision	6,5	6,5
▪ Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9	23,9
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	90,0	63,1
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,0
▪ Déficit	40,0	7,1
<b>« Section VI Frais de gestion de la Caisse »</b>	<b>17,2</b>	<b>14,7</b>
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,1	13,9
▪ Reprise provision	0,1	0,6
▪ Produit exceptionnel	0,0	0,1
<b>Total des produits</b>	<b>20 555,3</b>	<b>20 465,0</b>
<b>Déficit</b>	<b>296,6</b>	<b>21,7</b>
<b>Total équilibre du compte de résultat</b>	<b>20 851,9</b>	<b>20 486,8</b>





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

### Concours versés par la CNSA

#### Méthode de calcul et règles de pondération des données

Critères régissant le répartition des concours de la CNSA au titre de l'APA			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = [(PAAd/\Sigma PAAd) \times 50 \% + (Dd/\Sigma Dd) \times 20 \%] - (PFd/\Sigma PFd) \times 25 \% + (RSAd/\Sigma RSAd) \times 5 \% \times 2$			
PAd	Population >= 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée (art. L. 232-1 CASF)	20 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-25 %
RSAd	Foyers bénéficiaires du RSA	Donnée de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée, publiée CNAF et CCMSA	5 %
Coefficient total			50 % x 2

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

En aucun cas le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur au taux de 30 %. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse (cf. article L. 14-10-6 CASF).  
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département.

Critères régissant le répartition des concours de la CNSA au titre de la PCH			PONDÉRATION
Le montant du concours versé à chaque département est calculé en fonction des critères suivants : $Fd = (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 60 \% + ((PAESd+PAAHd+PPId) / \Sigma(PAESd+PAAHd+PPId)) \times 30 \% + (PCd/\Sigma PCd) \times 30 \% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20 \%$			
PAAAd	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, donnée disponible 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 + ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-20 %
Coefficient total			100 %

Ces critères sont assortis d'un critère de péréquation :

Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation du handicap de chaque département après déduction du montant ainsi réparti (dépenses réalisées - concours attribué) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse (cf. article L. 14-10-7-II CASF).  
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense de PCH du département.

Critères MDPH			PONDÉRATION
$Fd = Fx + (PAAAd/\Sigma PAAAd) \times 120 \% - (PFd/\Sigma PFd) \times 20 \%$			
FX	Dotation Conseil CNSA	Montant identique pour chaque département	
PAAAd	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)	120 %
PFd	Potentiel fiscal	Potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée (art. L. 3334-6 CGCT)	-20 %
Coefficient total			100 %

Le recueil des dépenses départementales 2012 et des autres critères de répartition étant en cours, la répartition des concours définitifs au financement de l'APA et de la PCH n'a pas encore été effectuée (au 5 avril 2013).

Les montants présentés dans le tableau des pages suivantes sont donc ceux issus de la notification initiale 2012 (concours prévisionnels).

Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2012					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)
01 Ain	10 232 511	9 209 000	4 540 712	4 087 000	564 452	539 000
02 Aisne	16 333 547	14 700 000	5 639 044	5 075 000	543 385	519 000
03 Allier	15 480 324	13 932 000	3 394 252	3 055 000	400 389	382 000
04 Alpes de Haute-Provence	5 259 371	4 733 000	1 347 643	1 213 000	289 520	276 000
05 Hautes-Alpes	4 148 800	3 734 000	1 120 125	1 008 000	277 843	265 000
06 Alpes-Maritimes	33 870 146	30 483 000	8 726 809	7 854 000	769 217	735 000
07 Ardèche	12 576 000	11 318 000	2 762 400	2 486 000	385 824	368 000
08 Ardennes	9 283 505	8 355 000	2 701 255	2 431 000	377 795	360 000
09 Ariège	6 805 234	6 125 000	1 368 317	1 231 000	290 576	277 000
10 Aube	9 020 156	8 118 000	2 500 784	2 251 000	385 511	368 000
11 Aude	14 707 384	13 237 000	3 878 607	3 491 000	408 154	389 000
12 Aveyron	13 838 609	12 455 000	2 535 642	2 282 000	359 874	343 000
13 Bouches-du-Rhône	52 891 310	47 602 000	16 490 016	14 841 000	1 415 255	1 353 000
14 Calvados	19 334 323	17 401 000	5 649 335	5 084 000	621 706	594 000
15 Cantal	7 706 052	6 935 000	1 384 464	1 246 000	291 723	278 000
16 Charente	13 955 817	12 560 000	3 573 925	3 217 000	414 046	395 000
17 Charente-Maritime	23 628 999	21 266 000	5 424 977	4 882 000	556 511	531 000
18 Cher	11 822 023	10 640 000	3 130 114	2 817 000	387 886	370 000
19 Corrèze	11 866 995	10 680 000	2 037 885	1 834 000	342 244	326 000
20a Corse du Sud	5 833 052	5 250 000	1 967 781	1 771 000	286 971	273 000
20b Haute-Corse	6 354 713	5 719 000	1 898 143	1 708 000	307 841	293 000
21 Côte-d'Or	13 587 913	12 229 000	4 628 585	4 166 000	530 363	506 000
22 Côtes d'Armor	22 483 975	20 236 000	5 623 223	5 061 000	544 645	520 000
23 Creuse	12 322 515	11 090 000	1 253 813	1 128 000	272 988	260 000
24 Dordogne	18 720 030	16 848 000	3 659 222	3 293 000	440 351	420 000
25 Doubs	12 895 715	11 606 000	4 527 232	4 075 000	529 367	505 000
26 Drôme	13 481 488	12 133 000	4 019 361	3 617 000	480 994	459 000
27 Eure	12 106 418	10 896 000	5 175 890	4 658 000	568 537	543 000
28 Eure-et-Loir	10 573 022	9 516 000	3 366 535	3 030 000	467 393	446 000
29 Finistère	31 778 167	28 600 000	8 223 526	7 401 000	752 897	719 000
30 Gard	23 671 336	21 304 000	5 963 274	5 367 000	623 210	595 000
31 Haute-Garonne	26 617 809	23 956 000	10 666 175	9 600 000	1 019 669	975 000
32 Gers	11 663 695	10 497 000	1 732 517	1 559 000	312 282	297 000
33 Gironde	38 593 328	34 734 000	13 474 346	12 127 000	1 117 751	1 069 000
34 Hérault	36 524 424	32 872 000	9 132 750	8 219 000	834 787	798 000
35 Ille-et-Vilaine	23 633 006	21 270 000	8 589 076	7 730 000	831 976	795 000
36 Indre	10 485 564	9 437 000	2 119 165	1 907 000	337 644	322 000
37 Indre-et-Loire	16 293 036	14 664 000	4 677 524	4 210 000	568 879	543 000
38 Isère	23 493 336	21 144 000	9 723 914	8 752 000	929 020	888 000
39 Jura	7 896 415	7 107 000	2 203 372	1 983 000	355 709	339 000
40 Landes	13 081 125	11 773 000	2 778 606	2 501 000	423 407	404 000
41 Loir-et-Cher	12 275 025	11 048 000	2 623 377	2 361 000	392 213	374 000
42 Loire	24 028 456	21 626 000	7 440 537	6 696 000	647 929	619 000
43 Haute-Loire	8 446 641	7 602 000	2 281 530	2 053 000	333 615	318 000
44 Loire-Atlantique	26 751 760	24 077 000	11 028 349	9 926 000	991 550	948 000
45 Loiret	16 234 643	14 611 000	5 164 959	4 648 000	602 786	576 000
46 Lot	8 599 333	7 739 000	1 613 428	1 452 000	300 040	286 000
47 Lot-et-Garonne	14 575 696	13 118 000	3 027 261	2 725 000	396 159	378 000
48 Lozère	3 206 408	2 886 000	949 044	854 000	248 664	237 000
49 Maine-et-Loire	20 932 169	18 839 000	6 374 666	5 737 000	694 923	664 000

	CUMUL SUR SEPT ANS		
TOTAL concours prévisionnels	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2012	Total 2006-2012	Total 2006-2012
15 337 676	65 732 583	29 836 370	3 313 811
22 515 975	103 800 893	38 393 885	3 231 277
19 274 965	101 187 847	23 225 099	2 359 250
6 896 534	33 129 252	8 805 256	1 647 629
5 546 768	26 422 911	7 802 253	1 587 776
43 366 172	232 018 706	59 010 011	4 601 490
15 724 225	81 222 624	18 563 548	2 248 958
12 362 555	58 773 820	19 262 245	2 208 719
8 464 127	45 464 881	9 333 040	1 647 095
11 906 451	60 031 494	16 935 105	2 261 603
18 994 145	97 304 583	25 176 749	2 373 162
16 734 125	89 891 862	16 636 194	2 092 775
70 796 581	348 812 884	109 797 870	8 562 533
25 605 364	123 570 290	39 247 376	3 733 779
9 382 239	52 534 892	9 487 055	1 680 405
17 943 789	92 392 632	23 899 898	2 424 231
29 610 487	154 155 751	35 252 130	3 304 677
15 340 023	76 591 443	21 452 539	2 285 643
14 247 125	79 166 386	13 986 653	1 989 172
8 087 804	40 057 940	13 958 691	1 615 970
8 560 697	40 016 868	12 742 511	1 737 086
18 746 862	87 409 620	30 987 740	3 149 396
28 651 844	146 666 351	37 661 942	3 227 127
13 849 315	86 223 315	8 599 167	1 555 958
22 819 603	123 608 133	24 582 441	2 591 226
17 952 314	80 646 446	29 898 609	3 125 607
17 981 844	86 089 205	27 244 738	2 815 005
17 850 845	77 946 824	35 291 594	3 366 825
14 406 950	69 132 677	23 045 304	2 752 743
40 754 590	208 546 097	55 673 313	4 518 432
30 257 819	157 155 392	39 600 312	3 715 975
38 303 653	175 827 941	66 657 955	6 045 262
13 708 495	89 777 409	11 632 392	1 786 965
53 185 425	252 674 541	86 592 833	6 728 153
46 491 962	240 626 621	59 927 435	4 981 719
33 054 058	150 791 217	56 959 435	4 938 474
12 942 373	68 823 747	14 551 458	1 963 592
21 539 439	106 905 524	31 242 575	3 367 411
34 146 269	143 107 034	66 153 848	5 587 811
10 455 496	51 946 724	14 719 029	2 061 872
16 283 138	87 232 796	18 423 356	2 450 800
15 290 615	79 876 792	17 490 459	2 303 714
32 116 922	157 575 738	52 725 141	3 889 378
11 061 786	55 282 695	15 238 637	1 933 249
38 771 659	175 710 165	69 265 184	5 958 487
22 002 389	104 166 264	35 132 900	3 585 857
10 512 801	56 294 836	10 961 642	1 714 767
17 999 115	94 420 473	20 501 204	2 305 454
4 404 116	21 240 900	6 223 936	1 402 063
28 001 758	136 502 650	42 573 179	4 143 931

DÉPARTEMENTS	2012					
	APA		PCH		MDPH	
	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel (100 %)	Acomptes versés (90 %)	Concours prévisionnel actualisé (100 %)	Acomptes versés (95 %)
50 Manche	17 140 330	15 426 000	4 489 187	4 040 000	491 656	469 000
51 Marne	12 666 902	11 400 000	5 359 945	4 824 000	566 900	541 000
52 Haute-Marne	6 449 766	5 805 000	1 944 564	1 750 000	316 113	301 000
53 Mayenne	10 282 351	9 254 000	2 582 580	2 324 000	386 910	369 000
54 Meurthe-et-Moselle	20 412 087	18 371 000	6 655 830	5 990 000	675 509	645 000
55 Meuse	6 118 646	5 507 000	1 609 582	1 449 000	325 699	310 000
56 Morbihan	23 060 868	20 755 000	6 410 368	5 769 000	630 834	602 000
57 Moselle	23 605 103	21 245 000	9 070 071	8 163 000	888 365	849 000
58 Nièvre	10 281 881	9 254 000	2 384 507	2 146 000	326 957	312 000
59 Nord	62 448 791	56 204 000	24 424 788	21 982 000	1 867 523	1 786 000
60 Oise	12 575 505	11 318 000	8 156 532	7 341 000	721 892	690 000
61 Orne	11 754 012	10 579 000	2 688 164	2 419 000	375 444	358 000
62 Pas-de-Calais	47 285 016	42 557 000	13 316 348	11 985 000	1 147 490	1 097 000
63 Puy-de-Dôme	18 785 024	16 907 000	5 498 733	4 949 000	603 288	576 000
64 Pyrénées-Atlantiques	21 611 379	19 450 000	5 559 284	5 003 000	588 005	561 000
65 Hautes-Pyrénées	10 808 581	9 728 000	2 286 235	2 058 000	334 868	319 000
66 Pyrénées-Orientales	18 272 600	16 445 000	4 160 422	3 744 000	452 878	432 000
67 Bas-Rhin	22 647 334	20 383 000	9 237 002	8 313 000	923 093	882 000
68 Haut-Rhin	15 616 905	14 055 000	6 379 060	5 741 000	674 167	644 000
69 Rhône	31 562 426	28 406 000	14 110 187	12 699 000	1 248 290	1 194 000
70 Haute-Saône	7 119 816	6 408 000	2 053 237	1 848 000	351 082	335 000
71 Saône-et-Loire	21 208 733	19 088 000	5 070 919	4 564 000	531 721	508 000
72 Sarthe	16 852 531	15 167 000	4 438 910	3 995 000	544 072	519 000
73 Savoie	7 660 052	6 894 000	3 267 047	2 940 000	436 289	416 000
74 Haute-Savoie	9 036 660	8 133 000	5 186 003	4 667 000	642 962	614 000
75 Paris	12 778 225	11 500 000	14 015 176	12 614 000	1 506 580	1 442 000
76 Seine-Maritime	32 866 929	29 580 000	11 604 965	10 444 000	956 922	915 000
77 Seine-et-Marne	12 691 794	11 423 000	10 312 605	9 281 000	1 057 093	1 011 000
78 Yvelines	10 660 542	9 594 000	9 358 491	8 423 000	1 028 462	983 000
79 Deux-Sèvres	13 352 522	12 017 000	3 144 017	2 830 000	428 814	409 000
80 Somme	16 869 178	15 182 000	5 619 538	5 058 000	566 964	541 000
81 Tarn	16 966 197	15 270 000	3 616 498	3 255 000	425 031	405 000
82 Tarn-et-Garonne	9 558 632	8 603 000	2 391 856	2 153 000	347 333	331 000
83 Var	33 045 439	29 741 000	7 906 503	7 116 000	745 363	712 000
84 Vaucluse	14 975 392	13 478 000	4 334 011	3 901 000	522 330	499 000
85 Vendée	18 405 811	16 565 000	5 259 839	4 734 000	570 637	545 000
86 Vienne	13 397 645	12 058 000	3 695 999	3 326 000	472 299	451 000
87 Haute-Vienne	15 283 906	13 756 000	3 719 600	3 348 000	434 998	415 000
88 Vosges	11 585 605	10 427 000	3 205 287	2 885 000	433 077	413 000
89 Yonne	11 910 901	10 720 000	3 342 140	3 008 000	406 218	387 000
90 Territoire de Belfort	3 878 514	3 491 000	1 154 264	1 039 000	290 065	276 000
91 Essonne	11 017 350	9 916 000	8 636 591	7 773 000	948 730	907 000
92 Hauts-de-Seine	3 877 799	3 490 000	9 145 622	8 231 000	1 043 818	998 000
93 Seine-Saint-Denis	20 628 316	18 565 000	12 580 584	11 323 000	1 187 999	1 136 000
94 Val-de-Marne	18 242 079	16 418 000	10 792 741	9 713 000	1 044 555	999 000
95 Val-d'Oise	13 258 770	11 933 000	9 263 579	8 337 000	960 509	918 000
971 Guadeloupe	13 539 376	12 185 000	4 024 668	3 622 000	462 382	441 000
972 Martinique	13 909 141	12 518 000	3 978 153	3 580 000	464 496	443 000
973 Guyane	2 149 526	1 935 000	1 395 498	1 256 000	344 299	328 000
974 Réunion	21 174 889	19 057 000	7 759 333	6 983 000	763 203	729 000
975 Saint-Pierre-et-Miquelon	142 895	129 000	-	-	-	-
976 Mayotte	-	-	-	-	309 342	-
977 Saint-Barthélemy	146 981	132 000	61 232	55 000	-	-
978 Saint-Martin	347 293	313 000	267 180	240 000	-	-
TOTAL	1 651 826 270	1 486 645 000	551 038 965	495 931 000	60 000 000	57 000 000

TOTAL concours prévisionnels	CUMUL SUR SEPT ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2012	Total 2006-2012	Total 2006-2012
22 121 173	110 005 494	30 740 543	2 894 199
18 593 747	82 245 963	36 362 728	3 405 631
8 710 444	43 288 705	13 557 547	1 829 079
13 251 841	65 942 410	17 082 750	2 250 074
27 743 426	131 937 967	44 783 064	4 051 550
8 053 927	40 234 095	11 112 294	1 876 506
30 102 070	147 051 199	42 326 615	3 747 038
33 563 539	145 499 493	60 884 273	5 341 434
12 993 345	68 707 601	16 411 436	1 905 266
88 741 102	414 274 189	165 912 300	11 504 801
21 453 930	77 462 409	52 000 203	4 314 915
14 817 621	76 339 457	18 182 376	2 202 588
61 748 854	308 855 839	91 674 914	6 978 807
24 887 046	123 223 149	37 407 563	3 603 303
27 758 668	140 496 466	37 763 780	3 490 192
13 429 684	70 596 393	16 007 320	1 950 024
22 885 900	116 785 495	27 616 374	2 637 629
32 807 428	143 980 116	62 551 919	5 542 486
22 670 132	92 873 889	42 508 965	4 018 923
46 920 903	203 750 714	94 069 843	7 542 082
9 524 136	47 341 504	14 055 114	2 036 790
26 811 373	139 666 715	33 766 896	3 154 666
21 835 513	113 043 389	30 831 052	3 231 446
11 363 388	49 927 743	21 945 090	2 551 930
14 865 626	56 498 880	33 086 451	3 772 501
28 299 981	101 212 437	95 865 027	9 028 723
45 428 816	213 475 901	80 727 028	5 824 057
24 061 492	78 423 355	67 635 873	6 324 560
21 047 494	62 296 862	61 930 818	6 238 242
16 925 353	87 752 734	20 602 667	2 494 384
23 055 680	111 510 657	38 703 614	3 366 344
21 007 726	111 432 491	23 913 905	2 486 499
12 297 821	62 466 373	15 658 959	1 974 373
41 697 305	210 761 522	52 707 255	4 458 635
19 831 733	97 868 951	28 670 464	3 092 665
24 236 287	116 248 544	33 685 370	3 355 910
17 565 943	87 912 874	24 307 981	2 786 787
19 438 505	100 427 458	24 726 451	2 548 531
15 223 969	74 516 563	22 064 998	2 562 814
15 659 259	77 763 244	24 446 972	2 388 952
5 322 843	24 169 646	7 964 144	1 663 838
20 602 671	66 733 245	58 261 418	5 736 740
14 067 239	28 227 277	61 760 889	6 238 342
34 396 899	138 648 486	83 993 525	7 095 038
30 079 374	121 113 309	72 150 917	6 247 658
23 482 858	83 281 990	61 824 466	5 791 608
18 026 425	136 343 544	28 455 245	2 810 140
18 351 791	93 051 953	27 324 692	2 742 108
3 889 323	13 654 377	9 098 317	1 938 826
29 697 426	194 893 803	52 632 171	4 477 389
142 895	546 618	-	-
309 342	-	-	618 684
208 213	439 472	121 480	-
614 473	1 435 941	761 646	-
2 262 865 235	10 881 127 569	3 694 999 935	355 000 000



## **Annexe 3 – Actualisation 2012 des PRIAC, période 2012-2016**

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

Synthèse de l'analyse des PRIAC

#### **Définition des PRIAC et enjeu de leur actualisation annuelle**

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), prévu par l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles, avait initialement pour objectif de fixer les priorités prévisionnelles de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes et les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap, tarifés par l'État dans la région.

La poursuite de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et le passage, à partir de 2011 et plus particulièrement de 2012, à un mode d'allocation de ressources en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) ont conduit entre 2010 et 2012 à une profonde évolution de la nature du PRIAC. Si 2010 et 2011 ont été des années de transition, puisque les Projets régionaux de santé (PRS) et leurs composantes n'étaient pas encore adoptés, l'année 2012 est l'année de l'adoption d'une majorité de PRS et de l'installation du nouveau PRIAC.

**L'objectif de l'actualisation 2012 des PRIAC par les ARS était d'installer une programmation en engagement et en exécution qui apporte une lisibilité sur la mise en œuvre du solde des plans de création de places (plan Solidarité grand âge et Programme pluriannuel handicap), sur toute la période 2012-2016, à la fois en matière de création de places et de transformation.** En effet, dans un contexte marqué par l'adoption des PRS, dont le SROMS est un des éléments, et par une clarification des enveloppes disponibles par région sur la période 2012-2016, les PRIAC permettent de garantir la lisibilité du processus complet en programmation (appel à projet-autorisation-installation).

#### **Les caractéristiques et les enseignements de l'actualisation 2012 des PRIAC**

L'actualisation 2012-2016 comportait plusieurs risques compte tenu d'un cadre de remplissage inchangé du PRIAC par rapport aux années précédentes :

- l'impossibilité de suivre dans le détail les enveloppes notifiées avant 2011 (jusqu'en 2010) ;
- une appropriation variable, par les ARS, des évolutions du PRIAC. De fait, cela a pu engendrer des erreurs de rattachement des projets aux années auxquelles correspondent les enveloppes de financement. Cela a également généré plusieurs erreurs qui ont conduit à sous-estimer la réalité des crédits dédiés à la création de places nouvelles sur la période.

**Des ajustements importants sont donc encore à prévoir pour l'actualisation des PRIAC 2013-2017.**

L'analyse des montants programmés donne cependant les éclairages suivants :

- On note une « sous-programmation » globale des enveloppes susceptibles d'être mobilisées pour la création de places, qu'il s'agisse du champ des personnes âgées ou de celui des personnes handicapées (357 M€ programmés dans le champ PA contre 518 M€ « programmables », et 593 M€ programmés dans le champ PH contre 697 M€ « programmables »). Cela signifie, de la part des ARS, une mobilisation d'enveloppes qui n'a pas été rendue visible dans les PRIAC.
- Concernant le rythme de mobilisation des crédits en exécution (installation des places), toutes enveloppes confondues, c'est l'année 2012 qui, sur la période, devait être l'année de plus forte mobilisation dans le champ PA, et l'année 2013 dans le champ PH. Cette analyse devra être confirmée par l'analyse de la réalité des installations à venir.

- Les autorisations d'engagement (AE) 2011 et 2012 et leur mobilisation en crédits de paiement (CP) de 2013 à 2017, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 dans le champ PH, ont été globalement respectées par les ARS. L'exercice d'actualisation 2013 des PRIAC devra être l'occasion, pour les ARS, de faire apparaître explicitement les éventuels décalages à prévoir dans la programmation des installations de places sur AE 2011 et 2012.

### ► Les principaux enseignements concernent la répartition par structure et par public et le poids des transformations :

- On note dans les PRIAC 2012-2016 une **priorisation persistante des ARS en faveur des EHPAD** : ceux-ci représentent 75 % de l'ensemble de la programmation 2012-2016.
  - Cela s'explique notamment par l'inscription dans le PRIAC 2012-2016 de projets déjà autorisés mais non encore installés et devant s'installer sur la période.
  - Toutefois, les AE 2011 et 2012 ont également fait l'objet de programmation par les ARS en EHPAD, ce qui entre en contradiction avec l'instruction CNSA de décembre 2011 qui priorisait les services.
- **La programmation en faveur des adultes handicapés est à 80 % orientée vers l'institution.** Un biais méthodologique explique, pour partie seulement, cette tendance (les crédits notifiés avant 2011 et qui ont permis de financer des places de services ont déjà été consommés, ils n'apparaissent donc plus dans la programmation). Le contexte dans le champ des adultes est encore celui de la constitution d'une offre médico-sociale avec hébergement pour les personnes les plus lourdement handicapées dont la durée de vie avec incapacités augmente.
- La programmation dans le champ des enfants handicapés accorde une place importante **aux services**.
- Dans le secteur du handicap, les projets cofinancés avec les conseils généraux (projets de FAM et de SAMSAH) sont prépondérants en nombre de places dans la programmation : ils sont passés de 62 % en 2011 à 66 % en 2012.
- **La transformation ne représente que 8,5 % du total des projets programmés au PRIAC**, contre 13 % en 2010 et 10 % en 2011, avec une part importante prise dans ce taux par le champ des personnes âgées, pour lequel la transformation correspond principalement au solde de l'exercice de partition des unités de soins de longue durée (USLD). Cette baisse s'était déjà amorcée dans l'actualisation 2011 pour les enfants. Dans le champ des adultes toutefois, on note plutôt une stagnation voire une très légère hausse de la part de la transformation dans la programmation totale.
- **Enseignements sur les publics concernés par les programmations 2012-2016 :**

**Dans le champ des personnes âgées**, les projets spécifiques consacrés aux personnes avec la maladie d'Alzheimer (quelle que soit la catégorie d'ESMS, qu'elle soit spécifiquement prévue au plan Alzheimer ou pas) représentent 30 % des places et 30 % des montants programmés sur la période 2012-2016.

Si l'on s'en tient aux mesures Alzheimer correspondant *stricto sensu* au calibrage du plan Alzheimer (ESA, PASA, UHR), analysées à la lumière des montants notifiés dans le cadre du plan Alzheimer et d'ores et déjà engagés, il apparaît que le PRIAC n'est pas un outil de mesure pertinent de la programmation compte tenu des modalités d'allocation de ressources du plan, dont les mesures sont allouées annuellement et non de manière anticipée.

**Dans le champ des personnes handicapées**, pour la première fois, on note un certain resserrement des programmations et une priorisation autour de quelques problématiques :

- Pour les enfants, en faveur de l'autisme et des troubles envahissants du développement (particulièrement ressentie dans le champ des institutions) ; dans le milieu ordinaire, la déficience intellectuelle. La place des troubles du comportement et de la conduite est également importante.
- Pour les adultes handicapés, trois problématiques principalement programmées au niveau des institutions : les personnes lourdement handicapées, les personnes handicapées vieillissantes et le handicap psychique.





## **Annexe 4 – Plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées**

### **Bilan de l'exécution 2012 et retour sur les sept dernières années**

#### **Bilan de l'exécution du PAI 2012**

L'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social, au travers du PAI et des contrats de projets État-régions (CPER), contribue au développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées en particulier et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Les aides de la CNSA ont une importance majeure dans ce cadre pour soutenir le développement et la modernisation du parc immobilier médico-social.

En effet, au-delà des volumes financiers attachés aux plans d'aide à l'investissement (près de 1,58 Md€ notifiés entre 2006 et 2011), ce dispositif permet de limiter le poids des investissements sur les tarifs, que ces derniers soient payés par l'assurance maladie (secteur personnes handicapées) ou par l'utilisateur (secteur personnes âgées). En plus de se substituer en partie à l'emprunt (diminuant ainsi l'impact des frais financiers sur les tarifs), la « transférabilité » des subventions accordées permet également de réduire la charge d'amortissement sur les tarifs.

L'aide à l'investissement de la CNSA concourt tout particulièrement à la modernisation des structures existantes, enjeu important dans un secteur qui s'est fortement construit dans les années 1960 à 1980, pour l'accueil de publics dont la perte d'autonomie s'accroît. Depuis 2008, elle contribue aussi à la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer grâce à la priorité accordée aux unités d'hébergement renforcées (UHR) et aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), ces derniers faisant l'objet d'une enveloppe financière spécifique depuis 2010 : à l'issue de l'exercice 2012, l'objectif de financement de 180 M€ consacré à la création d'UHR et PASA en EHPAD pourrait être déjà atteint (les projets sont en totalité identifiés mais la conclusion des processus de labellisation en cours devra confirmer ce recensement initial établi au vu des seuls projets d'investissement).

Le PAI 2012 porte à 1,7 Md€ le volume financier des aides à l'investissement injecté depuis 2006, soit 2 673 opérations d'investissement soutenues par la CNSA au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette aide globale représente un montant total de travaux de près de 12 Md€ (soit un effet de levier de 1 à 7).

Bien que le financement de l'investissement des établissements et services médico-sociaux constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008<sup>(1)</sup>, cette politique a été financée exclusivement sur ses réserves jusqu'en 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a ensuite affecté une fraction du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA) au financement de l'investissement à hauteur de 2 % en 2012 (1 % PA et 1 % PH).

#### **► Montant délégué aux ARS**

Le Conseil de la CNSA a voté le 14 février 2012 un PAI de 70 M€ et le 10 juillet un PAI de 50 M€. Ces deux plans ont été financés sur les réserves de la CNSA.

Dans ce cadre, le PAI 2012 a été réparti à hauteur de 80 M€ pour la sous-section personnes âgées (dont 20 M€ affectés aux PASA) et 40 M€ pour la sous-section personnes handicapées.

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

## ► Notification des subventions allouées

### • Enveloppe PAI

La notification du PAI 2012 aux ARS s'est étalée en 3 tranches qui se décomposent comme suit :

- 50 M€ en février 2012 ;
- 20 M€ en juin 2012 ;
- 50 M€ en juillet 2012.

Ce PAI a été intégralement alloué aux ARS et a permis de financer :

- 80 M€ sur le secteur personnes âgées pour 292 opérations (dont 20 M€ pour les PASA) ;
- 40 M€ sur le secteur personnes handicapées pour 86 opérations.

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

Sur la base des engagements pris par l'État dans le cadre des CPER 2007-2013 et sur celle de la liste des opérations transmise par la DGCS, l'état actuel de la programmation des opérations inscrites dans les CPER a permis d'identifier pour les cinq années 2009 à 2013 un besoin de financement de l'ordre de 165 M€.

Il a été notifié, en 2012, 15,3 M€ pour 15 opérations, soit :

- 4 M€ sur le secteur PH pour 5 opérations ;
- 11,3 M€ sur le secteur PA pour 10 opérations.

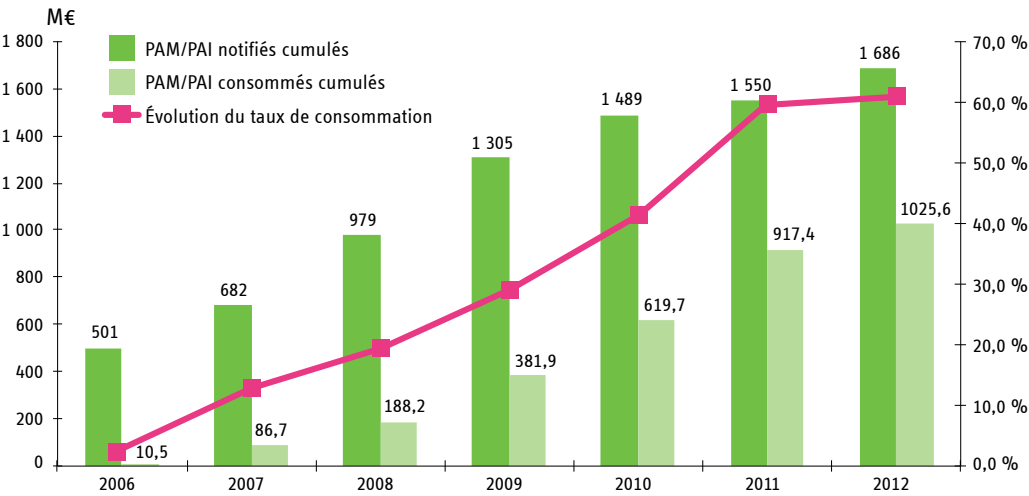
Sur les 165 M€ disponibles au titre des CPER 2009-2013, il reste un solde de 32 M€ à notifier sur l'année 2013.

Consommation des PAM/PAI depuis 2006

La consommation au 31 décembre 2012 des Plans d'aide à la modernisation (PAM) et des PAI 2006 à 2012 (incluant les CPER déjà notifiés depuis 2009) s'établit à 1,025 Md€ et se décompose comme suit :

- 395 M€ pour le PAM 2006, dont 268 M€ pour les personnes âgées et 127 M€ pour les personnes handicapées ;
- 116 M€ pour le PAM 2007, dont 82 M€ pour les personnes âgées et 34 M€ pour les personnes handicapées ;
- 202 M€ pour le PAI 2008, dont 149 M€ pour les personnes âgées et 53 M€ pour les personnes handicapées,
- 230 M€ pour le PAI 2009, dont 157 M€ pour les personnes âgées et 73 M€ pour les personnes handicapées ;
- 77 M€ pour le PAI 2010, dont 52 M€ pour les personnes âgées et 25 M€ pour les personnes handicapées ;
- 5 M€ pour le PAI 2011, dont 4 M€ pour les personnes âgées et 1 M€ pour les personnes handicapées.

Évolution de la consommation des plans d'investissement 2006 à 2012



## **Annexe 5 – Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2011**

Résumé du dossier technique *MDPH : Au carrefour des politiques publiques* paru en décembre 2012 et disponible sur le site Internet de la CNSA

Les rapports d'activité 2011 des MDPH permettent de confirmer la place qu'elles occupent, six ans après leur création, à l'échelon local, au carrefour des politiques publiques : éducation, emploi, transport, logement, accessibilité... Leur rôle de guichet unique les a, de fait, positionnées à l'interface de dispositifs de droit commun et de dispositifs spécifiques au champ du handicap.

Le ralentissement global de la croissance de l'activité ne s'observe pas de la même manière dans tous les départements et on note sur ce point de grandes disparités de situations. Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,4 % contre 15,2 % entre 2009 et 2010.

Avec la maturité acquise, nourries d'un partenariat riche et multiple, les MDPH ont abordé cette année 2011 avec l'envie tout autant que l'urgente nécessité de capitaliser l'expérience, partager leurs pratiques et leurs interrogations avec leurs partenaires et ainsi questionner la légitimité de leurs interventions.

Ces rapports permettent également de confirmer le mouvement de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements : schémas de l'autonomie, mutualisation des équipes (de l'accueil à l'évaluation), voire organisation totalement mutualisée sous forme de maison de l'autonomie.

### **Les MDPH au carrefour des politiques publiques**

L'intégration scolaire des enfants handicapés, l'employabilité et la mobilisation de la PCH au service du parcours de vie de la personne sont les thématiques phares de ces réflexions engagées et à poursuivre. Contraintes par la charge de travail à une optimisation de leurs processus d'instruction et d'évaluation, les MDPH se sont largement mobilisées sur ces thématiques.

► **La scolarisation des enfants en situation de handicap : une activité toujours croissante, témoin de la réussite de l'inclusion scolaire mais également révélatrice d'un besoin de clarification des différents champs des dispositifs.**

Si la part des demandes concernant des enfants dans la totalité des demandes déposées à la MDPH a peu évolué entre 2010 et 2011, elles ont néanmoins augmenté de plus de 4 % en moyenne avec de grandes disparités entre départements. Les MDPH reçoivent 200 000 demandes par an liées à la scolarisation, avec dans certains départements une croissance toujours importante, notamment des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Cet accroissement de l'activité des MDPH s'accompagne de résultats encourageants en matière de scolarisation des élèves handicapés : en 2012, 70 % des 276 000 élèves handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire, contre 30 % en milieu spécialisé. Pour mémoire, ils n'étaient que 65 % en 2005 en milieu ordinaire pour 35 % en milieu spécialisé.

De nombreuses initiatives locales rendent compte de la préoccupation des équipes des MDPH, des membres de la CDAPH et des Inspections d'académie de tendre à l'équité de traitement, anticipant sur l'élaboration d'un document national :

- outiller les équipes de l'Éducation nationale pour les aider à constituer les dossiers ;
- guider la réflexion des évaluateurs de la MDPH et les aider dans leurs préconisations ;
- sécuriser les décisions de la CDAPH.

Toutes les MDPH ne font pas état de l'élaboration systématique d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS) parce que certaines d'entre elles ne peuvent assurer cette charge de travail.

Phénomène croissant pour les MDPH, la prise en compte des besoins des enfants présentant des troubles « dys » est largement évoquée dans les rapports. Les MDPH expriment surtout leurs interrogations quant à la prise en compte de ces troubles des apprentissages au titre du handicap.

En 2011, 43 000 élèves sont accueillis en CLIS ou en ULIS (20 000). La proportion d'élèves en CLIS est stable : entre l'année scolaire 2009-2010 et l'année scolaire 2010-2011, elle passe de 35,7 % à 34,2 % de l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire. La proportion d'élèves en ULIS augmente quant à elle, puisque sur la même période elle passe de 21,1 % à 25,5 % de l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

### ► **L'emploi : la question de l'employabilité et les enjeux de l'accompagnement vers et dans l'emploi**

Dans le contexte de crise économique que connaissent la France et l'Europe, les MDPH se trouvent également mobilisées sur la question de l'emploi d'un public fragile et parfois très éloigné du monde du travail parmi d'autres publics tout aussi fragilisés par des problématiques d'insertion notamment.

La consolidation de données de 2006 à 2011 atteste de cette flambée de sollicitations autour des questions de l'emploi auprès des MDPH. Réforme de l'AAH, difficulté de respect de l'obligation d'emploi pour les entreprises, gestion tardive des reconversions professionnelles, crise économique qui s'installe dans la durée sont autant de déterminants de la croissance de l'activité « emploi » des MDPH.

La recherche d'un statut (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH) ressenti comme potentiellement « protecteur » pour des salariés n'est pas négligeable dans l'activité des MDPH. Mais, pour les MDPH, l'augmentation des demandes doit s'accompagner d'une harmonisation des critères d'attribution de la RQTH et des conditions de refus.

La question des publics frontières entre RSA et AAH est également soulevée, notamment à travers la diminution des taux d'accord dans certains départements :

- Beaucoup de demandes de personnes bénéficiaires du RSA ou en difficulté d'insertion font état de problèmes de santé. La MDPH peut alors jouer le rôle de « filtre » entre handicap et maladie.
- Situations sociales complexes, précarité, souffrance psycho-sociale pour lesquelles les différences entre minima sociaux (montant du RSA et de l'AAH) et entre statuts (handicapés et titulaires du RSA) ne sont pas neutres dans un quotidien difficile.

Le décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation, qui finalise la réforme de l'AAH, soulève des inquiétudes pour les MDPH : impact sur leurs organisations et leur charge de travail déjà importante compte tenu du raccourcissement des durées de validité de l'attribution de l'AAH au titre du L. 821-2 (CSS), impact sur leurs modalités d'évaluation.

La place prise par les questions de l'emploi au sein des MDPH contraint celles-ci au développement d'une technicité en interne en matière de contre-indications à l'emploi, conditions d'exercice d'une activité professionnelle, parcours de formation, connaissance des opérateurs... Ce travail spécifique fait appel à des compétences de médecins du travail et/ou de médecins dits de main-d'œuvre que les MDPH possèdent rarement en interne. Les questions relatives à la formation et au projet professionnel nécessitent donc le recours à des compétences quantitatives et qualitatives mises à disposition par les partenaires institutionnels (Pôle emploi – Cap emploi) et à leur disponibilité.

Plusieurs MDPH font référence dans leur rapport 2011 au service « appui projet » proposé par l'AGEFIPH, qui comportait également une dimension d'accompagnement et de mise en situation, regrettant l'arrêt de ce dispositif.

Les MDPH rappellent également l'intérêt des centres de préorientation et des CRP ou de la possibilité de mise en situation en milieu protégé dans le parcours vers l'emploi des personnes handicapées. On observe effectivement une répartition géographique très inégale de ces structures, ce qui constitue un frein à leur utilisation.

## ► L'orientation en établissements et services médico-sociaux

Les rapports 2011 s'enrichissent de données relatives aux ESMS, qu'il s'agisse d'éléments de contexte dressant un panorama de l'existant et de la programmation éventuelle avec une perspective régionale et nationale ou d'une véritable démarche d'observation des besoins en s'appuyant sur leurs systèmes d'information.

Les MDPH rendent compte des volumes de décisions d'orientation, notamment par type de structures, et témoignent de relations plus étroites avec les directions de ces structures : visites d'établissements, participation aux équipes pluridisciplinaires, élaboration de documents d'évaluation accompagnant le dossier de renouvellement... Elles évoquent comme en 2010 les difficultés d'orientation pour certains types de handicap et les orientations par défaut. Elles font état de démarches collectives de définition de critères de priorisation et de gestion des listes d'attente.

La question du suivi des demandes, des listes d'attente et d'échanges de données avec les établissements devient centrale pour la plupart d'entre elles, poussées dans une telle réflexion par le conseil général et l'Agence régionale de santé.

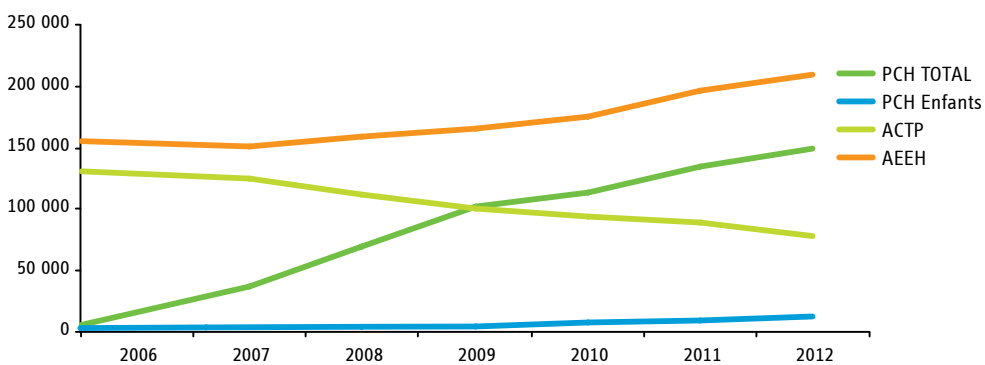
Les outils de dialogue avec les établissements sont divers : de l'enquête ponctuelle dans le cadre de l'élaboration du schéma au développement d'outil spécifique partagé en passant par l'échange périodique de données.

Face à la persistance de ces listes d'attente, certaines MDPH sont amenées à mettre en place des formes de priorisation.

## La prestation de compensation du handicap (PCH) au service du projet de vie

En 2011, les demandes de prestation de compensation augmentent de plus de 11 % par rapport à 2010. Elles avaient augmenté de plus de 29 % entre 2009 et 2010 et de plus de 42 % entre 2008 et 2009. En 2010, la part des réexamens reste limitée : 83 % des demandes PCH sont encore des premières demandes.

### ■ Bénéficiaires PCH - ACTP - AEEH



Source : DREES - CNSA 2011.

En 2011, la part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées auprès des MDPH se stabilise à hauteur de 6,8 %, et 0,5 % des demandes déposées à la MDPH sont des demandes de renouvellements pour l'allocation compensatrice pour tierce personne, ce qui marque un recul plus prononcé par rapport aux années précédentes.

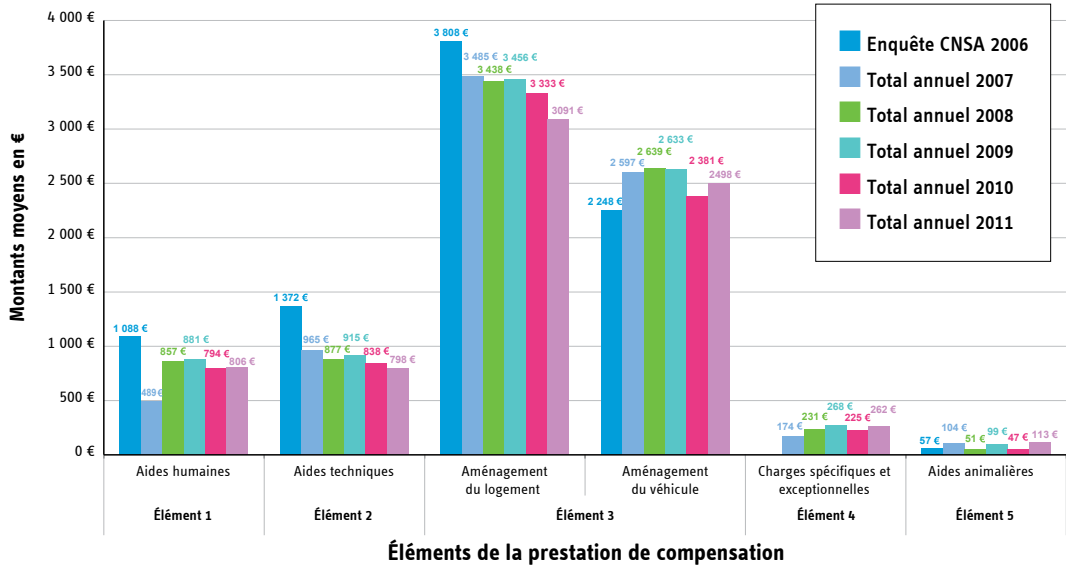
Les demandes de PCH enfant progressent mais à un rythme moins soutenu. En 2011, les demandes pour des enfants représentent 11,7 % du total avec une progression de 1,8 point par rapport à l'année précédente, ce qui est proche de l'augmentation de 2010 (+ 1,5 point).

La baisse du taux d'accord se confirme même si le volume des accords augmente. La rupture observée en 2010 par rapport aux années précédentes s'accroît en 2011. Ainsi, 51,9 % des demandes examinées par les CDAPH ont conduit à un accord. Cette part était de 56,7 % en 2010.

Les données nationales dissimulent des disparités départementales importantes. Le nombre de demandes de prestations de compensation adressées aux MDPH rapporté à la population s'échelonne entre 348 et 1 869 demandes pour 100 000 habitants, soit une nette augmentation par rapport à 2010. En 2011, les taux d'accords varient entre 33 % et 84 % selon les départements, soit une étendue un peu plus faible qu'en 2010 (de 29 % à 85 %). Les pratiques départementales (orientation des demandes, cellules de pré-tri, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes impactent largement les taux d'accords.

Depuis 2007, la répartition des différents éléments de la PCH ne cesse d'évoluer et les montants décidés par la CDAPH pour chaque élément de la prestation suivent la même tendance. En 2011, la part mensuelle des aides humaines représente 37,4 % du total des montants attribués et la part des aides techniques atteint 21 % du total des montants attribués chaque mois ; la part de l'élément n° 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport) représente 36,9 %, soit une baisse de 2,1 points. En 2011, il n'y a pas de tendance générale qui se dessine concernant l'évolution des montants moyens attribués par type d'aides, contrairement à 2010, où une baisse générale était observée.

■ Évolution des montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation  
Source déclarative



Source : Questionnaire mensuel.

► Fonds de compensation

Les rapports font état d'une révision des critères d'accès au fonds de compensation (FDC) pour faire face à la pénurie financière courant 2011. Certains fonds de compensation étaient en effet restés ouverts aux personnes ayant opté pour l'ACTP ou pour des personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiaires de l'APA notamment. La sollicitation du fonds est variable d'un département à l'autre, principalement pour les aides techniques et les aménagements de logement, mais certains départements évoquent des demandes relatives au financement des prothèses auditives et des surcoûts de transport.

## Les MDPH continuent à se mobiliser pour faire face à la demande

La consolidation des données d'activité depuis 2006 permet de mesurer la pression continue et plus que soutenue s'exerçant sur les MDPH depuis leur création. Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a continué d'augmenter en 2011 : 5 points entre 2010 et 2011 contre 8 entre 2009 et 2010.

En moyenne nationale, la répartition par types de demandes pour les adultes comme pour les enfants évolue peu mais les rapports mettent en évidence le poids important des demandes des personnes âgées de plus de 60 ans, notamment pour les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que pour les cartes européennes de stationnement (CES) : 34 % des demandes globales de cartes et 40 % des CES sont formulées par des personnes âgées de 60 ans et plus.

Face à cette activité toujours dense, les équipes des MDPH continuent à se mobiliser, comme en 2010, afin d'optimiser leur fonctionnement sur tous les fronts : accueil, évaluation, décision...

### ► L'accueil, une étape stratégique du traitement du dossier

Informers correctement la personne, l'aider à formuler sa demande et à constituer son dossier facilite le travail d'instruction et d'évaluation et raccourcit les délais de traitement.

Se rapprocher du public est donc un enjeu important et la territorialisation de l'accueil s'amplifie en 2011, notamment en s'appuyant sur les unités territoriales du conseil général, les CLIC et les CCAS. La plupart des MDPH diversifient les contenus de l'accueil et proposent un service gradué, d'une demande simple au besoin d'accompagnement (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux). Les rapports 2011 illustrent aussi l'effort de modernisation et l'utilisation de nouvelles technologies pour rendre l'accueil et l'information des usagers plus efficaces et accessibles à distance : bornes interactives, outils et plateformes de téléphonie performants.

### ► Optimiser le processus d'instruction du dossier en fonction de sa complexité permet de gagner en fluidité et en efficacité

La difficulté d'assurer un travail individualisé dans un processus souvent « industriel » conduit les MDPH à organiser des circuits de traitement des dossiers différents en fonction de leur niveau de complexité ou de la dominante du dossier. Le développement d'une cellule d'analyse des données, à la frontière de l'instruction et de l'évaluation, répond à l'objectif de repérage du niveau de complexité d'un dossier dès son entrée, du besoin éventuel de pièces complémentaires et d'aiguillage dans le bon circuit d'évaluation et/ou de décision.

### ► L'augmentation du pourcentage d'évaluation sur dossier témoigne de la difficulté des MDPH à rencontrer les personnes sur leur lieu de vie, compte tenu de la charge de travail

Les MDPH s'organisent pour optimiser les expertises et les concentrer sur les dossiers les plus complexes. Elles se donnent les moyens de compléter les informations en contactant la personne ou ses proches par téléphone. Majoritairement, les MDPH utilisent l'outil national de recueil des éléments d'évaluation, le GEVA, souvent de façon partielle, ou des outils élaborés à partir du GEVA.

Elles doivent donc pouvoir s'appuyer sur les informations fournies par les partenaires et leur aptitude à alimenter les dossiers en données fiables et complètes. Le recours à des expertises extérieures est également essentiel.

L'élaboration et l'envoi des plans personnalisés de compensation avant soumission à la CDAPH restent une pratique minoritaire (le plus souvent pour les demandes de PCH ou les demandes concernant les enfants) mais qui progresse.

Comme en 2010, la prise en compte des besoins spécifiques des 16-25 ans progresse, se traduisant souvent par la mutualisation de compétences d'évaluation adulte et enfant au sein d'une équipe pluridisciplinaire dédiée.



### ► Les MDPH accélèrent leur processus de décision, suivant ainsi le rythme des demandes

Les critères d'ouverture des dossiers en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) restent variables d'une MDPH à l'autre, témoignant de l'impact d'un fonctionnement historique local mais également de la charge de travail. La CNSA souhaite engager un travail sur le fonctionnement de la CDAPH afin de mieux appréhender les différences de fonctionnement, capitaliser les bonnes pratiques et les diffuser. Les taux d'accord en moyenne nationale évoluent peu entre 2010 et 2011, mais avec de grandes disparités départementales. Plusieurs déterminants peuvent expliquer ces écarts : pression de la demande variable, disparités d'évaluation, critères d'aide à la préconisation ou référentiels d'attributions élaborés localement, influence de données environnementales et prise en compte des contraintes de l'offre.

Les rapports 2011 insistent sur le développement de temps d'échange, de formation et d'élaboration de doctrine au sein des CDAPH en dehors de tout examen de dossiers, souvent partagés avec les équipes pluridisciplinaires.

### ► Avec quels résultats ?

La loi du 28 juillet 2011 a posé le principe de la signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens par les MDPH et les contributeurs du GIP. Complément de la convention constitutive, ce document doit permettre localement de faire le point sur le fonctionnement de la MDPH, d'identifier les marges de progrès pour les trois ans à venir, de quantifier les moyens alloués et de mesurer les résultats chaque année afin d'ajuster le plan d'action.

La question de la qualité du service rendu, de l'efficacité et de l'efficience des MDPH devient stratégique, sous réserve de pouvoir se doter d'indicateurs pertinents.

Les délais moyens de traitement des dossiers pour les adultes comme pour les enfants s'améliorent : au moins 60 % des MDPH enregistrent entre 2010 et 2011 une diminution de leurs délais moyens. L'indicateur de délai moyen de traitement doit être cependant manié avec prudence car il peut être tout autant le reflet d'un travail efficace que d'un processus de traitement du dossier accéléré, ne prenant pas réellement en compte tous les besoins de la personne ou s'appuyant sur des éléments restreints. Par ailleurs, cette donnée masque de grandes disparités de délais selon les prestations.

Les taux de recours et de contentieux restent stables : 2,5 % des décisions font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux. 88 % des MDPH ont un taux de recours inférieur ou égal à 3 %. Néanmoins, la gestion des recours gracieux et contentieux prend de plus en plus de place dans les organisations et représente une charge de travail croissante pour les MDPH.

### ► Avec quels moyens ? Le budget des MDPH est contraint, les effectifs se stabilisent

En octobre 2012, la CNSA a réuni les deux tiers des MDPH (directeurs et représentants des conseils généraux) en séminaire de travail pour présenter la consolidation nationale des données financières et d'effectifs des GIP.

## 1. Synthèse des données financières des MDPH

Les dépenses totales<sup>(1)</sup> des MDPH (dépenses d'investissement et de fonctionnement) s'élèvent en 2011 à un peu plus de 316 M€, en augmentation de 7 % par rapport à 2010.

Les dépenses de personnel représentent 75 % des dépenses totales (77 % hors investissement).

Les recettes avoisinent également 316 M€, réparties entre trois principaux financeurs : 41 % proviennent des départements, 35 % de l'État et 19 % de la CNSA.

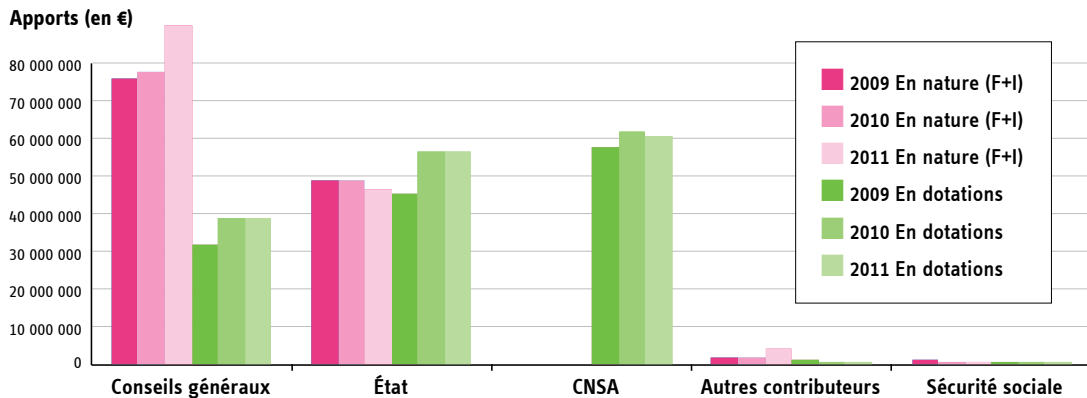
(1) Dépenses effectuées sur le budget de la MDPH auxquelles s'ajoutent celles des contributeurs au GIP (y compris la valorisation des mises à disposition et des externalisations).

En 2011, comme en 2010, plus de la moitié (55 %) de l'ensemble des dépenses d'investissement et de fonctionnement est réalisée directement sur le budget du groupement d'intérêt public. Il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit que, si les dépenses sont effectuées pour leur majorité directement sur le budget de la MDPH, elles sont en parallèle supportées par les partenaires par le biais des crédits versés à la maison départementale.

Il n'y a pas de corrélation évidente cette année encore entre les dépenses de fonctionnement et la part des dépenses propres des MDPH mais, au contraire, une grande disparité qui reflète également celle du degré d'autonomie des MDPH à l'égard des membres du GIP.

Sous l'angle des apports des partenaires à la MDPH, en 2011, la participation de l'État (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations – DDCSPP –, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE –, Éducation nationale) diminue très légèrement pour atteindre 103,2 M€ (contre 105,4 M€ en 2010 et 94,6 M€ en 2009)<sup>(2)</sup>.

### ■ Apports par contributeur



Source : Maquettes CNSA 2011.

La part des apports en nature se stabilise en 2011 à hauteur de 45 % (44 % en 2010, 47 % en 2009 et 49 % en 2008). Ces apports recouvrent l'ensemble des mises à disposition, personnels et locaux principalement. Il est probable néanmoins qu'ils soient aujourd'hui encore sous-estimés au moment de la valorisation.

## 2. Rapprochement avec les données d'activité

Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,4 % entre 2010 et 2011, correspondant à une hausse pour 77 % d'entre elles et à une baisse pour les 23 % restantes.

En 2011, le coût moyen d'une demande (échantillon de 90 MDPH) est de 94 € (il était de 89 € en 2010), avec un minimum à 54 € (50 € en 2010) et un maximum à 306 € (200 € en 2010) (écart-type : 39). La médiane est de 98 € et la dispersion très importante parmi les MDPH.

Pour illustrer cette dispersion, il nous a paru intéressant cette année d'observer le coût moyen d'un dossier<sup>(3)</sup>. Celui-ci est de 225 € en 2011. Il oscille dans un intervalle allant de 131 € à 560 €.

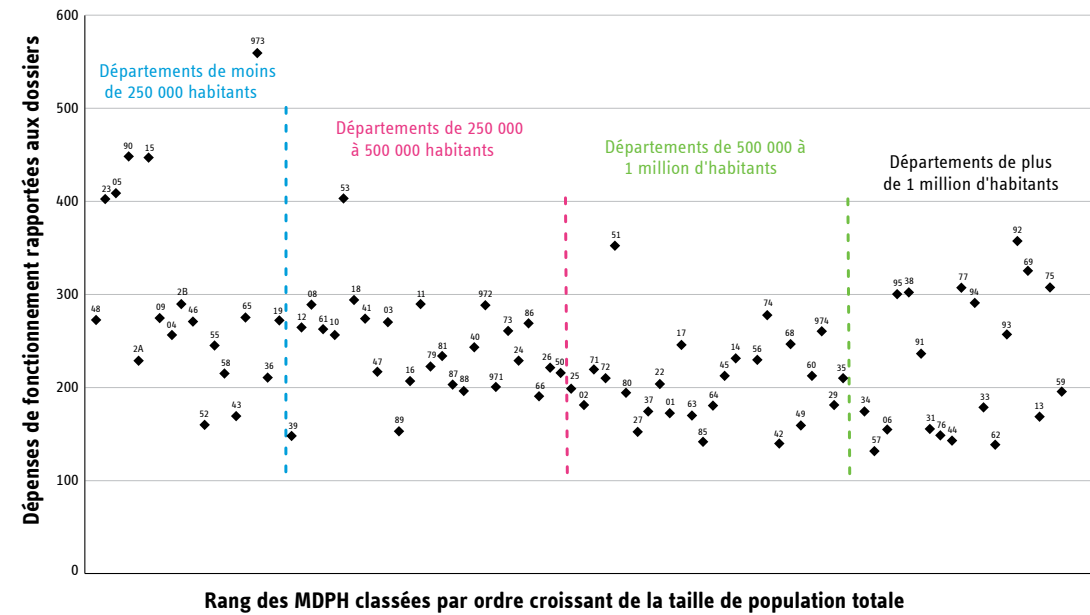
(2) À noter :

– l'État a procédé en 2011 à des rappels de dotations antérieures (2006-2010) à hauteur de 14 M€ (des rappels ont également eu lieu en 2010, bien que moindres) ;

– la CNSA contribue en 2011, comme en 2009 et 2010, à hauteur de 60 M€ par le biais de son concours. La différence entre les versements effectués et le montant total du concours provient du décalage dans le temps des versements d'acomptes ; décalage lié à la signature des conventions de qualité de service renouvelées pour la période 2009-2012 entre la CNSA et chaque département.

(3) Un dossier comprend toutes les demandes présentées par une même personne (au moins une demande) ; le nombre moyen de demandes adressées par dossier est estimé à 2 pour les enfants et 2,5 pour les adultes.

■ Coût d'un dossier par MDPH  
Échantillon : 88 MDPH



Source : Échanges annuels 2011 et maquettes CNSA 2011.

À noter : en 2011, la population de référence utilisée pour les comparaisons est la population totale (et non plus les personnes de 0 à 59 ans) car les missions effectives des MDPH s’étendent à un public élargi aux personnes de plus de 60 ans.

3. Les effectifs en 2011

Les effectifs des MDPH ont sensiblement augmenté, dans un mouvement qui se poursuit en 2011. Ainsi, en 2011, on compte 5 378 ETP (un peu plus de 7 % de plus qu’en 2010) dans les MDPH, y compris les mises à disposition (hors externalisations). Les MDPH comptent en moyenne 54 ETP au sein de leur personnel (correspondant à 49 ETPT).

En 2011, on compte 158 emplois à temps plein supplémentaires employés directement par la MDPH par rapport à 2010. C’est également, à quelques unités près, le nombre d’emplois supplémentaires apportés par les conseils généraux cette année (+ 169 ETP).

■ Évolution des effectifs salariés et contributions des financeurs

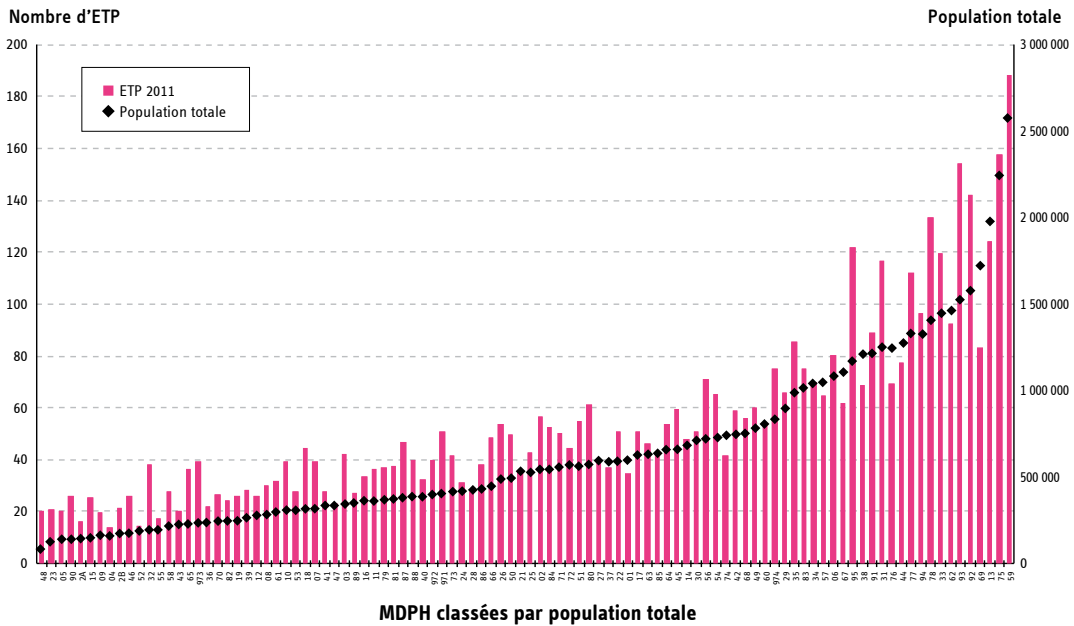
Récapitulatif effectifs :	ETP 2009	ETP 2010	Variation 2009/2010	ETP 2011	Variation 2010/2011	ETP travaillés 2011
CG	2 342	2 492	6 %	2 661	7 %	2 417
MDPH	1 279	1 402	10 %	1 560	11 %	1 439
État	1 153	1 025	- 11 %	989	- 4 %	925
OSS				9		7
Autre (dont OSS pour 2009 et 2010)	99	103	5 %	160	55 %	154
Total	4 873	5 023	3 %	5 378	7 %	4 942

Cette année encore, les mises à disposition de l’État diminuent, même si cette diminution est moins forte qu’en 2010 et est compensée financièrement.

En parallèle, l’effort des MDPH pour renforcer leurs effectifs et mener à bien leurs missions mérite également d’être relevé, cette année encore, puisque ceux-ci (appartenant au tableau des effectifs ou mis à disposition) ont augmenté de plus de 11 %. Certaines MDPH continuent donc à recruter, impliquant – pour elles ou pour les services départementaux – une charge de gestion des ressources humaines supplémentaire. Ainsi, au total, 59 MDPH déclarent être employeur d’une partie des effectifs du GIP.

Malgré l'augmentation générale du personnel des MDPH, on observe une réduction significative des emplois dans une dizaine de MDPH ces dernières années. On peut vraisemblablement l'attribuer, comme les années précédentes, à des renforts temporaires issus des conseils généraux en 2010, comme à des retours de personnels de l'État dans leur administration d'origine. Les postes perdus ou non pourvus ont pu éventuellement être compensés par dotation financière, sans que l'on puisse estimer les montants correspondants.

### ■ Nombre d'ETP par département



Source : Maquettes CNSA 2011.

Dans le graphique ci-dessus, on observe que la taille de la maison départementale n'est pas parfaitement corrélée à la population du département.

Il existe des différences significatives entre des départements de taille identique, inégalités qui peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006 et transféré des anciennes commissions et/ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation. À cet égard, les MDPH qui connaissaient historiquement une insuffisance d'effectifs ont poursuivi l'effort de recrutement, notamment celles des départements les moins peuplés, mais également les MDPH les plus importantes.

Les départements les moins peuplés sont proportionnellement les mieux dotés en personnel. Il existe en effet une taille minimale critique au-dessous de laquelle on ne peut pas constituer une vraie maison départementale des personnes handicapées.

Les métiers et les statuts des agents sont très nombreux<sup>(4)</sup> et divers au sein des MDPH. De nouveaux métiers sont venus s'ajouter dans la nomenclature des emplois traditionnels, tels que chef de projet, correspondant informatique, comptable, chargé de mission, adjoint de direction, chargé d'étude...

Les fonctionnaires sont une majorité (58 % des 5 378 ETP), originaires de l'État et des conseils généraux. Si l'on considère la pérennité des postes, les catégories fonctionnaires et contrat à durée indéterminée représentent 79 % des ETP, comme en 2010. Les contrats à durée déterminée constituent donc en 2011 une part significative des emplois (21 % des ETP).

Les ETPT des MDPH incluant ici les mises à disposition sont répartis principalement entre l'instruction (38 %) et l'évaluation (34 %), et dans une moindre mesure l'administration générale (16 %) et l'accueil (12 %).

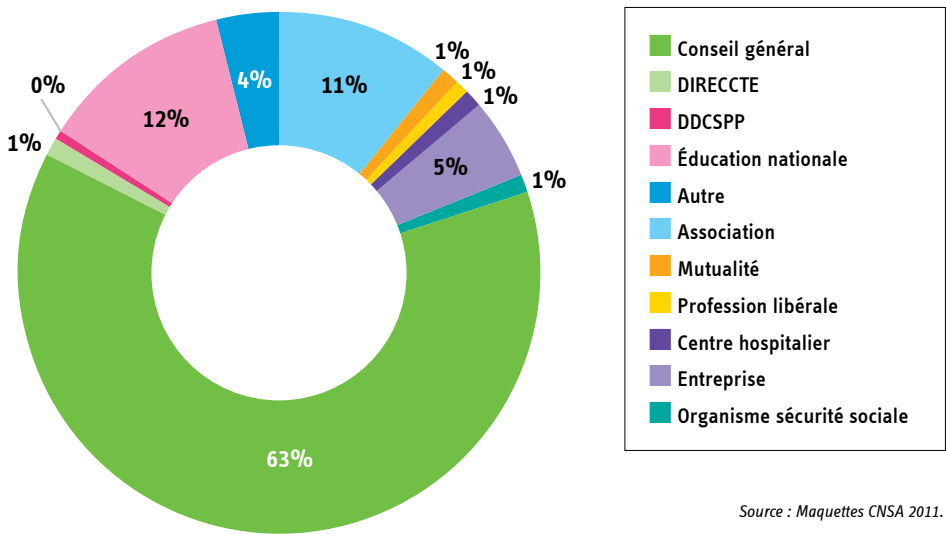
(4) Diversité des statuts : fonctionnaire, CDD de droit public, CDI de droit public, CDI de droit privé, vacataire, CDD de droit privé, contrat aidé.

4. Analyse de la nature des externalisations<sup>(5)</sup>

La nature des prestations externalisées est très variée. On peut compter 18 catégories de prestations mais la part la plus importante des externalisations concerne le personnel (30 %) et les locations immobilières (8 %). 65 % des externalisations le sont à titre gratuit. Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de plus de 27 M€. C’est dire l’importance de ces services, sans lesquels les MDPH auraient du mal à fonctionner.

Les conseils généraux fournissent au total (tous processus confondus) 63 % des prestations valorisées.

■ Partenaire/Prestataire (par rapport aux montants)



Le pilotage des MDPH au service de la qualité de service

La stabilisation et l’efficacité des systèmes d’information des MDPH sont des prérequis indispensables au bon fonctionnement et à la fiabilité du système d’information nationale SipaPH.

► Les MDPH sont encore en attente d’une stabilisation de leurs systèmes d’information

La reprise des données des anciens logiciels ITAC et OPALES a été inégale en quantité comme en qualité et les MDPH font état des besoins d’amélioration du paramétrage et des fonctionnalités indispensables au bon déroulement et au suivi du processus de traitement des dossiers. Cette instabilité impose une grande prudence quant à l’interprétation des données. Enfin, si quelques MDPH évoquent le codage des pathologies et des déficiences à partir de la CIM 10 par les équipes d’évaluation, et l’identifient comme la première étape de connaissance des publics, elles questionnent les moyens utiles et nécessaires pour assurer cette saisie.

► L’année 2011 est l’année du développement des chantiers de dématérialisation et de numérisation des dossiers

Les MDPH, conscientes de la complexité et de l’ampleur de ces chantiers, souhaitent s’appuyer sur l’expérience acquise par celles qui les ont précédées dans ces opérations. Certaines s’appuient sur un partenariat avec des ESAT. La dématérialisation permet une rationalisation des tâches ainsi qu’une souplesse dans la pratique « délocalisée » de l’évaluation.

(5) Externalisation : « prestation ou expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH, pour un usager qui n’est pas nécessairement le sien au départ, et qui apporte une plus-value aux processus métiers de la MDPH ».

### ► Le démarrage du SipaPH, prévu en 2012, a pris du retard

L'instabilité des systèmes d'information des MDPH et le retard pris par les éditeurs des deux principaux logiciels de MDPH pour développer les extracteurs de données venant alimenter le système d'information national expliquent le retard constaté de ce projet.

### La gouvernance des MDPH

Les rapports 2011 sont marqués par l'évolution de la composition de la commission exécutive (COMEX) avec l'intégration de la représentation de l'ARS, qui modifie l'équilibre des collèges et justifie de nouvelles désignations au sein du collège associatif et du conseil général.

### Conclusion

Les rapports d'activité 2011 des MDPH témoignent d'un parcours dans l'effort permanent depuis six ans avec, pour certaines MDPH, des résultats très encourageants en termes de délais et de traitement des dossiers.

Même si la progression de l'activité semble se ralentir, la pression et les attentes à l'égard des MDPH restent fortes et on ne doit pas négliger l'expression d'un certain essoufflement des équipes et de leurs cadres. La CNSA a un rôle clé à jouer dans un tel contexte : contribuer à renforcer l'accompagnement des MDPH à ce moment critique où les choix organisationnels, la capitalisation des bonnes pratiques et des résolutions de problème, la mise à disposition d'outils simples et adaptés à leur fonctionnement deviennent stratégiques.

Des progrès sont encore à réaliser, comme la nécessité de se doter de véritables outils d'évaluation de la qualité de service et d'identification des effets des mesures correctives prises localement et de l'impact de l'accompagnement des équipes par la CNSA.

► **Annexe 6 – Récapitulatif des actions financées sur la section IV en 2012**

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

Ce tableau rend compte des conventions signées pendant l'année 2012.

**Nouvelles conventions signées en 2012 (montants en euros)**

01 – Conventions avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
61 Orne	3 199 000	1 025 500	Axe 1 – Modernisation et structuration des SAD Axe 2 – Professionnalisation des salariés des SAD Axe 3 – Professionnalisation des accueillants et aidants familiaux Axe 4 – Actions innovantes
76 Seine-Maritime	2 320 000	1 251 000	Axe 1 – Modernisation du secteur de l'aide à domicile grâce à la télégestion Axe 2 – Amélioration de l'offre de services et structuration du secteur de l'aide à domicile Axe 3 – Contribution à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et de l'accueil familial
34 Hérault	2 728 014	926 437	Axe 1 – Déploiement pilote d'un outil de télégestion Axe 2 – Encadrement des interventions réalisées dans le cadre de l'emploi direct Axe 3 – Mutualisation des services Axe 4 – Développement de contractualisation avec les structures Axe 5 – Accueil familial, personnes âgées, personnes handicapées Axe 6 – Développement de la domotique
37 Indre-et-Loire	477 000	240 000	Axe 1 – Information et offre aux usagers Axe 2 – Modernisation des services et professionnalisation des intervenants Axe 3 – Soutien des aidants familiaux Axe 4 – Développement de l'accueil familial
30 Gard	2 884 358	1 442 179	Axe 1 – Diversification de l'offre de services et promotion des actions innovantes Axe 2 – Aide aux aidants et aux accueillants familiaux Axe 3 – Soutien et professionnalisation des intervenants à domicile Axe 4 – Suivi et animation de la convention
44 Loire-Atlantique	987 000	493 500	Axe 1 – Connaissance du secteur de l'emploi direct et appui à la formation dans le cadre de l'emploi direct, aide à la structuration des SAD autorisés Axe 2 – Poursuite de la modernisation des services Axe 3 – Favoriser l'émergence de réponses aux besoins des publics fragiles en encourageant les solutions innovantes
51 Marne	850 000	595 000	Axe 1 – Structuration du secteur par l'aide aux aidants Axe 2 – Développement de la modernisation des outils et systèmes d'information (télégestion), expérimentation d'actions innovantes
971 Guadeloupe	2 110 000	946 000	Axe 1 – Mutualisation en vue de l'amélioration de la structuration du secteur et de l'offre de services Axe 2 – Valorisation des métiers de services à la personne Axe 3 – Amélioration de la qualité du service rendu dans les services à la personne

02 – Conventions avec les réseaux			
Porteur du projet	Montant total des actions prévues par la convention (y compris autres cofinancements)	Dont : montant de la subvention CNSA (sur toute la durée de la convention)	Description du projet
GCSMS Accueil familial du Sud-Ouest	774 976	373 512	Action 1 – Formation initiale des accueillants familiaux principaux Action 2 – Formation en cours d'emploi des accueillants familiaux (validation des acquis de l'expérience) Action 3 – Formation continue des accueillants familiaux principaux et remplaçants



Conventions ayant donné lieu à un versement en 2012

Ce tableau rend compte des montants versés en 2012 au titre des conventions signées (en 2012 et années antérieures). Le versement effectif des subventions est subordonné à la réalisation des actions prévues et à la fourniture d'un certain nombre de documents justificatifs tels qu'un bilan d'exécution par le partenaire.

01 – Conventions avec les conseils généraux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
Conventions de modernisation de l'aide à domicile signées avec les conseils généraux	2007 à 2012	54 140 544	12 673 791
02 – Conventions avec les fédérations de services d'aide à domicile			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
ADESSA 75	17/07/2009 et 19/11/2009	1 011 758	135 076
ADHAP 63	6/12/10	3 680 437	924 177
Croix-Rouge française	12/10/12	1 027 764	513 884
UNA 75	12/05/10	25 679 427	3 220 567
UNCCAS 75	16/09/09	832 560	220 112
03 – Conventions relatives à la formation des aidants			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
CFO 75	20/05/10	305 000	96 849
FNAF 42	20/05/10	10 000	4 900
FA 75	16/06/11	1 260 000	487 366
04 – Conventions relatives à la formation des salariés (OPCA)			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
ANFH 75	20/03/12	5 197 500	1 559 250
CNFPT	26/03/10	900 000	227 834
OPCA PL 75	13/09/11	2 620 000	1 834 000
OPCA PL 75	28/05/12	2 420 000	726 000
UNIFAF 75	26/03/10	2 620 000	1 859 954
UNIFAF 75	1/09/10	1 000 000	63 673
Uniformalion	12/10/12	14 000 000	7 000 000
05 – Conventions relatives à la formation des accueillants familiaux			
Porteur du projet	Date de signature de la convention	Montant de la subvention CNSA	Montants versés en 2012
GCSMS Accueil familial du Sud-Ouest	28/02/12	373 512	173 940



**Annexe 7 – Récapitulatif des actions financées sur la section V en 2012 – Projets d’études, de recherches et actions innovantes**

Axe 1 – Connaissance des besoins globaux d’accompagnement des personnes en perte d’autonomie et manque		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	CEDIAS – Outils d’appropriation des résultats de l’étude « Quels services d’accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap d’origine psychique ? »	47 547
Personnes âgées	Erasmus université Rotterdam – Outils de décomposition de l’Espérance de vie sans incapacité (EVSII) et évolution de l’effet potentiel des interventions sur l’ESVI	139 725
Personnes âgées	Fondation partenariale Paris-Dauphine - Enquête SHARE	500 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM (siège) – Appel à projets « Handicap et perte d’autonomie » session 1 : convention Partenariat DREES-IReSP	706 088
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM (siège) – Appel à projets 2011 « Santé mentale - prévention - prospective »	105 869
Personnes handicapées	INSERM ADR Paris VII - Expertise collective déficience intellectuelle	92 000
Personnes âgées	IRDES - COMPAS – Connaissance des populations en perte d’autonomie et de leur consommation de soins	178 401
Personnes handicapées	Prader Willi France – Guide de bonnes pratiques	122 964
Personnes handicapées	RHEOP – Quel parcours de vie pour les enfants avec un handicap rare ?	130 842
Axe 2 – Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne et préconisations		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	DREES – Données APA ASH	150 000
Personnes handicapées	INS HEA – GEVA-Sco	225 754
Axe 3 – Aides techniques		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ANR – Appel à projets : TecSan 2012	2 080 000

d'autonomie	
Description du projet	
	Réalisation de supports pour transmettre les apports des travaux effectués dans le cadre de l'appel à projets MIRE DREES CNSA sur le handicap psychique.
	Projet devant fournir des pistes pour les actions de santé qui visent à augmenter l'espérance de vie sans incapacité (EVSII).
	Financement de la vague 5 de l'enquête européenne SHARE, sur la santé, le vieillissement et la retraite.
	<p>Projets retenus dans le cadre de la première session de l'appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » :</p> <p>Projets de recherche exploitant des bases de données existantes</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Arnaud Catherine : Les enfants en situation de handicap en France : données de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages 2008. Choix et opérationnalisation d'une définition ; handicap de l'enfant et situation d'emploi des mères.</li><li>- Carole Peintre : Les personnes en situation complexe de handicap accompagnées par les structures médico-sociales françaises : polyhandicap, autisme, surdi-cécité et traumatisme crânien (à partir de l'enquête ES 2010).</li><li>- Catherine Sermet : Inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap.</li></ul> <p>Soutien de projets de recherche intégrant un doctorant ou un post-doctorant</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vincent Caradec : Les nouveaux dispositifs d'accompagnement des travailleurs handicapés. Intentions politiques, mises en œuvre institutionnelles et usages profanes.</li><li>- Pascale Pradat-Diehl : Exploration des effets d'un programme de réadaptation visant l'amélioration des activités et la participation des personnes cérébrolésées.</li><li>- Karine Pérès : L'épidémiologie de la dépendance du sujet âgé : de l'approche descriptive (état des lieux et projections) à l'approche analytique, notamment dans le contexte spécifique du processus démentiel.</li><li>- Kurimi Sugita : Les aidants informels : la vie professionnelle et le réseau du care. Comparaison France/Japon.</li><li>- Corinne Grenier : Gouvernance et modèles d'innovation pour une prise en charge innovante des personnes dépendantes.</li></ul>
	<p>Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets 2011 « Santé mentale - prévention - prospective »</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Emmanuelle Cambois : Les inégalités de santé entre hommes et femmes : regards croisés sur des facteurs familiaux, professionnels et de santé.</li><li>- Geneviève Imbert : Colloque « Prévention et vieillissement : modèles, expérimentations et mise en œuvre ».</li><li>- Marc Bessin : Réseau des jeunes chercheurs santé et société (Réseau Santé Société).</li></ul>
	Bilan des connaissances sur différents aspects concernant l'évaluation et la prise en charge des personnes atteintes de déficience intellectuelle.
	Produire des outils quantitatifs, bases de données et analyses statistiques pouvant contribuer à la définition d'une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie.
	Ce guide a comme objectif d'aider les professionnels mais aussi toutes les personnes en contact avec des sujets atteints de la pathologie de Prader Willi à comprendre cette maladie pour mieux accompagner.
	Étude qualitative sur le parcours de vie des enfants présentant un handicap rare, à partir de deux registres de handicap de l'enfant.

Description du projet	
	Mise en œuvre de l'opération statistique de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).
	Évaluation de l'utilisation du GEVA-Sco et de son impact, pour l'évaluation des besoins chez les enfants d'âge scolaire en situation de handicap et l'accompagnement.

Description du projet	
	<p>Appel à projets « Technologie pour la santé (TecSan) » 2012.</p> <p>EOL : Eye On-Line : Poursuite dirigée pour écrire avec le regard.</p> <p>TROUVE : Technologie de recherche des objets usuels sur le lieu de vie.</p> <p>VHIPOD : Véhicule individuel de transport en station debout auto-équilibré pour personne handicapée avec aide à la verticalisation.</p> <p>MAAMI : Maladie d'Alzheimer et apprentissage moteur implicite.</p>

Axe 4 – Aidants professionnels et informels

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	Université Paris-Dauphine – Aidant d'un patient jeune avec handicap neurologique sévère	88 605

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

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	PRO BTP – Plateforme Vacances répit familles	300 000

Axe 6 – Adaptation et amélioration des espaces de vie

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	EHPAD Le Creusot – Étude-action Alzheimer DGCS-Le Creusot	25 000
Personnes âgées	EHPAD Le Hameau de la Pelou – Étude-action Alzheimer DGCS-CREON	25 000
Personnes âgées	EHPAD Les jardins de Sido – Étude-action Alzheimer DGCS-Les jardins de Sido	24 750
Personnes âgées	FRRA – Étude action Alzheimer DGCS-FRRA	25 000
Personnes âgées	EHPAD La Souvenance – Étude action Alzheimer DGCS-La Souvenance	25 000
Personnes âgées	EHPAD La Pignada – étude action Alzheimer DGCS-La Pignada	17 497
Personnes handicapées	ENSAL - Impact du cadre architectural sur les sujets adultes présentant un TED	141 007

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

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	DREES – Enquête MAUVE-AJ-HT	97 000
Personnes âgées	DREES – Tarification des SSIAD	72 288

Axe 8 – Qualité et efficience de l’organisation des dispositifs locaux d’accueil, information, évaluation, orientation

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées/ Personnes handicapées	ODAS – Mise en œuvre des décisions d'allocations en matière d'autonomie par les départements	190 000

Axe 9 – Actions de prévention

Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes handicapées	AIDAPHI – Agir face aux manifestations agressives des jeunes accueillis et bientraitance : huit ITEP du réseau AIRe s'engagent dans une action recherche formation	362 078

Description du projet	
	Recherche qui s'articule autour de l'analyse de 4 pathologies neurologiques majeures où les aidants informels jouent un rôle crucial dans la prise en charge du handicap.

un territoire

Description du projet	
	Mise en place d'une plateforme d'évaluation et d'aide à la préparation des séjours Vacances répit famille et d'information pour toutes formes de répit pour les aidants des personnes âgées et des personnes handicapées.

Description du projet	
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	Établissement participant à l'étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
	L'objectif de cette action est de vérifier si les composantes environnementales des nouveaux établissements apportent un gain significatif sur la qualité de vie par un cadre de vie plus adapté aux besoins des personnes avec TED.

Description du projet	
	Remontée de données d'activité des AJ, HT, ESA, PASA et UHR. Enquête sur l'activité des accueils de jour et hébergements temporaires dans le cadre du plan Alzheimer.
	Mise en œuvre des remontées des données financières et d'activité des SSIAD.

des personnes âgées et handicapées

Description du projet	
	Suite aux observations réalisées dans une étude précédente, l'ODAS effectue un travail approfondi sur la mise en œuvre par les départements des deux allocations de soutien à l'autonomie (APA et PCH) dans le cadre du maintien à domicile.

Description du projet	
	Le projet a pour objectif d'améliorer la compétence générale des équipes des ITEP face aux situations de violence et la qualité de l'accompagnement des jeunes et de leur famille par l'organisation de nouvelles formes d'interventions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques.

Axe 10 – Pédagogie et diffusion de la connaissance, fonctions scientifiques		
Population	Porteur et titre du projet	Budget (€)
Personnes âgées	ANR – Appel à projets « Assistance à la vie autonome (AAL) 2012 »	1 040 000
Personnes âgées/Personnes handicapées	ANR – Appel à projets « Sociétés innovantes »	250 000
Personnes handicapées	ANR – Appel à projets « Déterminants sociaux de la santé »	263 003
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Benoît EYRAUD – Prix de thèse et de master	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Solène BILLAUD – Prix de thèse 2011	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Cécile MARTIN – Prix de thèse et de master	5 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Laurence GERMANY – Prix de master 2 2011	5 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Marion BLATGE – Prix de thèse et de master	9 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	Yohann GUERRIER – Prix de thèse et de master	5 000
Personnes handicapées	FAGERH – Journées d’études sur l’évaluation, l’orientation, l’élaboration de projet professionnel	10 000
Personnes âgées/ Personnes handicapées	INSERM – Appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » session 2	415 126
Personnes handicapées	INSERM – Avenant 3 appel à projets « Handicaps rares »	479 136
Personnes handicapées	CIEDEL – Participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance locale	9 500
Personnes âgées/ Personnes handicapées	PTOLÉMÉE Sarl – 2 <sup>es</sup> rencontres scientifiques	377 000
Personnes âgées	ATEXO – Portail Internet	98 247

## Description du projet

Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets « Assistance à la vie autonome (AAL) 2012 » :

- ACCESS : Assisting Carers for Cooperative Services to Seniors
- TOPIC : The Online Platform for Informal Caregivers
- SONOPA : SOcial Networks for Older adults to Promote an Active life
- MOTION : Remote Home-Physical Training for Seniors
- Care4balance : Care for balancing informal care delivery through on-demand multi-stakeholder service design
- MEDiATE : Collaborative and interMEdiating solution for managing Daily Activities for The Elderly at home
- NITICS : Networked InfrasTructure for Innovative home Care Solutions.

Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets 2012 « Sociétés innovantes » :

- ART-ADN : Accès par retour tactile-oral aux documents numériques
- LISOHASIF 2030 « lien social, habitat, situation de fragilité » / La place des personnes âgées en situation de fragilité dans la ville créative en 2030 : comment l'habitat peut-il réduire les situations de fragilité et renforcer le lien social ?

Projet retenu dans le cadre de l'appel à projets 2012 « Déterminants sociaux de la santé » :

- DYSEDEN : Déterminants sociaux des troubles psychologiques et des apprentissages chez les enfants d'âge scolaire.

Prix de thèse : « Les protections de la personne à demi capable. Suivis ethnographiques d'une autonomie scindée ».

Prix de thèse : « Partager avec l'héritage, financer l'hébergement en institution, enjeux économiques et mobilisations familiales autour des personnes âgées des classes populaires ».

Prix de master : « Capacité d'accueil, efficacité et qualité de soins. Réflexions sur l'organisation de l'offre de soins de long terme en France ».

Prix de master : « Analyse de l'évolution de la prévalence et des étiologies des paralysies cérébrales post-néonatales en Europe entre 1976 et 1998 ».

Prix de thèse : « Apprendre le handicap visuel. La prise en charge des personnes déficientes visuelles par des institutions spécialisées ».

Prix de master : « Analyse, conception, réalisation et test de clavier virtuel pour la saisie de texte, application au domaine du handicap ».

Journées destinées aux professionnels de la réadaptation professionnelle et aux référents insertion professionnelle des MDPH.

Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets de la session n° 2 de l'appel à projets « Handicap et perte d'autonomie » :

- Organisation de séminaire :  
Vincent Caradec : « Le handicap : trajectoires individuelles, logiques sociales »

- Aide au montage de projets et de réseaux :  
Bernard Pachoud : Étude des pratiques d'accompagnement à la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique au sein d'établissements de « transition par le travail ».

Soutien de projets de recherche intégrant un doctorant ou un post-doctorant :

- Yannick Courbois : Transition à l'adolescence : effet du changement d'environnement sur l'autodétermination et l'adaptation comportementale de jeunes avec une déficience intellectuelle.
- Emmanuelle Godeau : Santé, comportements de santé et vécu à l'école des élèves en situation de handicap : déclinaisons de l'enquête HBSC France.
- Chantal Zaouche-Gaudron : Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance.

Financement des projets de recherche sélectionnés dans le cadre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 au titre de l'année 2011.

Étude sur la participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance locale : comment mesurer l'impact des stratégies de développement local inclusif ?

Organisation et médiatisation des 2<sup>es</sup> rencontres scientifiques de la CNSA.

Étude de la faisabilité d'un portail public d'information des services pour personnes âgées.



